

University of Groningen

Bereikbaarheid van acute zorg buiten kantooruren in de Provincie Groningen

van Linschoten, C P; Betten, W; Moorer, P

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2009

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

van Linschoten, C. P., Betten, W., & Moorer, P. (2009). *Bereikbaarheid van acute zorg buiten kantooruren in de Provincie Groningen: De rol van spoedeisende hulp bij de perifere ziekenhuizen, ambulancedienst en huisartsenpost*. ARGO Rijksuniversiteit Groningen.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Bereikbaarheid van acute zorg buiten kantooruren in de Provincie Groningen

De rol van spoedeisende hulp bij de perifere ziekenhuizen, ambulancedienst en huisartsenpost

dr. C.P. van Linschoten
drs. W. Betten
drs. P. Moorer

Eindrapportage augustus 2009

ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV

Inhoudsopgave

SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN	5
HOOFDSTUK 1. VRAAGSTELLING EN METHODE	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Vraagstelling	8
1.3 Methode	8
1.4 Opbouw van deze rapportage.....	10
HOOFDSTUK 2. ACUTE ZORG BUITEN KANTOORUREN IN GRONINGEN	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Opmerkingen vooraf	11
2.3 Normen	12
2.4 Contacten naar gemeente	13
2.5 Doktersdienst	13
2.6 Ambulancezorg	16
2.7 Bereikbaarheid ambulancezorg (A1) naar 80 gebieden.....	17
2.8 Normen naar gebieden in de provincie.....	18
2.9 Overschrijdingen naar aandoening	20
2.10 Voorbeelden van bereikbaarheidsproblemen	21
2.11 Ziekenhuizen	23
2.12 Tot slot	25
HOOFDSTUK 3. GEVOLGEN VAN HET WEGVALLEN VAN ACUTE ZIEKENHUISZORG ..	27
3.1 Inleiding	27
3.2 Achtergrond	27
3.3 Betekenis.....	27
3.4 Gevolgen van het wegvallen van een SEH in de perifere ziekenhuizen.....	28
3.5 Alternatieven	30
3.6 Conclusie	31
Bijlage 1. Beschikbaarheid van acute zorg is niet vanzelfsprekend.....	33
Bijlage 2. Tabellen.....	39
Bijlage 3. Overschrijdingen naar aandoening en gemeente.....	53
Geraadpleegde literatuur en (internet) bronnen	63

Dit project wordt uitgevoerd conform de internationale standaard ISO 20252

SAMENVATTING EN AANBEVELINGEN

Inleiding

In deze rapportage wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de bereikbaarheid van de acute zorg in Groningen. De focus lag daarbij op de acute zorg *buiten kantooruren*: in de avond, nacht en het weekend. Het onderzoek werd uitgevoerd door ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV in opdracht van de samenwerkende partijen in de acute zorg, verenigd in het Regionaal Overleg Acute Zorg Groningen (ROAZ).

Op deze plaats worden de belangrijkste conclusies samengevat.

Conclusies

1. Bij 95% van de A1 oproepen is binnen de planningsnorm van 15 minuten een ambulance aanwezig.
2. De totale reistijd, naar patiënt en van patiënt naar ziekenhuis, blijft in een zeer groot deel van de gevallen binnen de norm van 40 minuten.
3. De 45-minutennorm, de financieringsnorm die wordt gehanteerd in de regeling beschikbaarheidsgelden voor ziekenhuizen, wordt in ruim 45% van de gevallen niet gehaald. Dit is toe te schrijven aan een langere tijd bij de patiënt dan de in de norm gestelde stabilisatietijd van 5 minuten.
4. Verdere achteruitgang van het voorzieningenaanbod zal onherroepelijk leiden tot hogere aantallen mensen die niet binnen de geldende normen acute zorg ontvangen.
5. Sluiting van de spoedzorg in perifere ziekenhuizen leidt naar schatting tot een verviervoudiging van het aantal A1-patiënten dat buiten kantooruren niet binnen 40 minuten in een ziekenhuis is. De analyse wijst uit dat bij sluiting van de spoedeisende hulp in de perifere ziekenhuizen de bereikbaarheid van de acute zorg sterk verslechtert.
6. De huidige financiering van de SEH in de ziekenhuizen in dunbevolkte gebieden is – ook met inbegrip van de regeling beschikbaarheidsgelden – niet kostendekkend. Wegvallen van de beschikbaarheidsgelden leidt onherroepelijk tot het wegvallen van de SEH in de door ons onderzochte ziekenhuizen.
7. Vervolgens is gekeken naar beschikbare alternatieven. Alle besproken alternatieven hebben financiële consequenties die ver uitgaan boven het

huidige totaalbedrag van de beschikbaarheidsgelden en zijn kwalitatief niet gelijkwaardig.

Aanbevelingen

Gezien het feit dat met dit onderzoek is aangetoond dat:

- Beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg met name in de dunbevolkte gebieden van de provincie Groningen kwetsbaar is;
- Landelijke normen met betrekking tot bereikbaarheid en beschikbaarheid in 95% van de gevallen gehaald worden, maar dat er ook risicogebieden zijn;
- Financiering van tweedelijns acute zorg in dunbevolkte gebieden, zelfs met inachtneming van de beschikbaarheidsgelden, onvoldoende is;
- Alternatieven het wegvallen van de tweedelijns acute zorg niet adequaat kunnen compenseren en zelfs financieel niet aantrekkelijker zijn dan de financiering van de huidige situatie.

Adviseert ARGO het Regionaal Overleg Acute Zorg provincie Groningen:

1. Zorg voor instandhouding van de huidige infrastructuur voor acute zorg in de provincie Groningen;
2. Vraag op landelijk politiek en ministerieel niveau aandacht voor de problematiek van financiering van de tweedelijns acute zorg in de dunbevolkte gebieden van de provincie Groningen;
3. Pleit daarbij voor een betere structurele financiering van de tweedelijns acute zorg;
4. Continueer de inspanningen om de samenwerking en onderlinge afstemming tussen ketenpartners in de acute zorg te verbeteren en versterk deze samenwerking waar mogelijk.

HOOFDSTUK 1. VRAAGSTELLING EN METHODE

1.1 Inleiding

In deze rapportage worden de resultaten gepresenteerd van een verkenning in de acute zorg buiten kantooruren in de Provincie Groningen. Aanleiding voor het onderzoek vormden ontwikkelingen in de gezondheidszorg die voor de acute zorg in een landelijk gebied grote implicaties kunnen hebben:

- het RVZ-rapport Schaal en Zorg (mei 2008);
- de VWS-notitie Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg (juni 2008);
- de RIVM-analyse gevoelige ziekenhuizen (juli 2008).

In deze beleidsvisies worden vragen aan de orde gesteld over de verhouding tussen concentratie van medische expertise, vaardigheid, bereikbaarheid en de mogelijke substitutie van functies.

Ter onderbouwing van de beleidsontwikkeling is onder meer een rapport van het RIVM verschenen (2008), waarin blijkt dat het aantal 'gevoelige ziekenhuizen' sterk is afgenomen. In de provincie Groningen zou op basis van de analyse van het RIVM alleen het Delfzicht ziekenhuis in aanmerking komen voor een tegemoetkoming in de vorm van 'beschikbaarheidsgelden' (zie bijlage 1), terwijl op basis van eerdere analyses van het RIVM (2002/2003) alle perifere ziekenhuizen in de provincie een beroep doen op deze beschikbaarheidsgelden.

Naar aanleiding van deze ontwikkelingen is bij patiëntenorganisaties, provinciale overheid, zorgverzekeraar Menzis en de ziekenhuizen in de provincie Groningen zorg ontstaan over de toekomst van het aanbod aan (acute) zorg. De partijen werken in Groningen al jaren samen aan het invullen van een sluitend aanbod aan acute zorg, waarbij onder 'acute zorg' alle als spoedeisend ervaren hulpvragen verstaan. Deze samenwerking is geformaliseerd in het Regionaal Overleg Acute Zorg Groningen (ROAZ).

De leden van het ROAZ hebben de ambitie om actief in te spelen op de gesignaleerde beleidsontwikkelingen. Het doel is het waarborgen van een kwalitatief goed en dekkend aanbod aan acute zorg in de provincie.

In ROAZ-verband werken partijen in de acute zorg al lange tijd samen. Op basis daarvan zijn onder meer verbeteracties gestart op de volgende terreinen:

- * er komen nieuwe en andere ambulancestandplaatsen;
- * partijen zijn bezig met het opstellen van ketenafspraken bij vijf specifieke aandoeningen;
- * de samenwerking tussen huisartsposten en afdelingen spoedeisende hulp van de ziekenhuizen wordt vormgegeven;
- * de samenwerking tussen auto's van de Doktersdienst en de regionale ambulance voorziening wordt verbeterd.

Het ROAZ heeft aangegeven dat er behoefte is aan concrete data zoals:

- inzicht in de huidige situatie van de acute zorg in de Provincie Groningen in termen van contacten, functies, doorstroming, tijden;
- schets van de knelpunten in de huidige situatie, rekening houdend met vastgestelde minimumnormen voor spoedzorg;
- aanbevelingen voor verdere acties die tot oplossing van de knelpunten zou kunnen leiden;
- overzicht van de eventuele consequenties van wegvallen beschikbaarheidsgelden.

Vanuit het ROAZ is contact gezocht met ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV met het verzoek een verkenning uit te voeren. In deze rapportage worden de resultaten gepresenteerd.

1.2 Vraagstelling

Met het project wordt de volgende vraagstelling beantwoord:

- Welke contacten/functies spelen een rol in de acute zorg en wat zijn de doorlooptijden vanaf het moment van de melding tot aan het moment van acute zorgverlening?
- Op welke momenten en plaatsen voldoet de bereikbaarheid van zorg niet aan de landelijk vastgestelde minimumnormen of aan de 'veldnormen'? Is hiervan casuïstiek beschikbaar? Wat zegt de analyse van deze casus?
- Komen er andere knelpunten naar voren ten aanzien van de beschikbaarheid van acute zorg in de regio?
- Wat zijn de consequenties voor de regio en de ziekenhuizen als de beschikbaarheidsgelden wegvallen?

1.3 Methode

Er zijn verschillende activiteiten uitgevoerd om de vraagstelling te beantwoorden.

Analyse contactgegevens 2008

Om de aard en omvang van de acute zorg buiten kantooruren te beschrijven, zijn contactgegevens over 2008 geanalyseerd. Bij de aanpak is gebruik gemaakt van de ervaringen die ARGO eerder met dataverzameling in de acute zorg heeft opgedaan.

De volgende organisaties zijn met een verzoek benaderd:

- DDG
- RAV
- Ziekenhuizen
 - Martini
 - UMCG
 - St. Lucas
 - Delfzicht
 - Refaja

Bij alle partijen was sprake van een soepele medewerking. De instellingen is gevraagd om per contact postcode, datum, tijd, verwijzer, vervolg en urgentie te verstrekken. De uiteindelijke dataset zag er als volgt uit (tabel 1).

Tabel 1. Verkregen data

instelling	postcode	datum	tijd	verwijzer	vervolg	urgentie	ANW	kantoor uren	totaal
DDG	V	v	v	v	v	v codes	165427	462*	165889
RAV	V	v	v	v	v	v codes	12741	8607	21348
UMCG	V	v	v	v	v	v kleur	18769	13174	31943
Martini	V	v	v	v	v	v kleur	9665	9638	19303
St. Lucas	V	v	v	v	v	-	4072	4057	8129
Refaja	V	v	v	v	v	+/-	4467	3773	8240
Delfzicht	V	v	v	v	v	-	3042	3483	6525

* een deel voor 28 augustus (222) en deels vlak voor sluitingstijden huisartspraktijken

v gegevens aanwezig; - niet aanwezig

Kwalitatief onderzoek

Via de patiëntenorganisaties (verenigd in Zorgbelang Groningen) zijn patiënten opgeroepen met negatieve ervaringen in de acute zorg. Dit leverde een aantal reacties op die zijn gerapporteerd aan de leden van het ROAZ. De reacties hadden echter onvoldoende betrekking op de bereikbaarheid van acute zorg zoals die in deze rapportage aan de orde is.

Ook met een aantal zorgverleners in de acute zorg zijn interviews uitgevoerd. Waar relevant zijn enkele citaten gepresenteerd in de rapportage.

Om zicht te krijgen op de omvang en werking van de regeling beschikbaarheidsgelden zijn vraaggesprekken gevoerd met financieel experts van ziekenhuizen Refaja en Delfzicht.

Werkbijeenkomsten ROAZ

De rapportages zijn op verschillende werkbijeenkomsten van het ROAZ besproken. Daarbij zijn ook verschillende scenario's verkend om de gevolgen van het mogelijk wegvallen van beschikbaarheidsgelden voor perifere ziekenhuizen in de provincie in beeld te krijgen en zo mogelijk op te vangen. Het project werd begeleid door een werkgroep vanuit het ROAZ.

1.4 Opbouw van deze rapportage

De opbouw van de rapportage is als volgt:

- Eerst wordt de huidige situatie beschreven:
 - beschrijving contacten per organisatie naar gemeente;
 - gegevens over bereikbaarheid van acute zorg.
- Vervolgens wordt ingegaan op de betekenis van de regeling 'beschikbaarheidsgelden' voor de ziekenhuizen in de provincie en voor de samenhang in de acute zorg. Daarbij wordt tevens verkend wat de gevolgen zijn van de vermindering van beschikbaarheidsgelden voor de bereikbaarheid van acute zorg;
- Tot slot wordt verkend hoe geconstateerde leemtes in de bereikbaarheid van de acute zorg zouden kunnen worden opgepakt in ROAZ-verband.

HOOFDSTUK 2. ACUTE ZORG BUITEN KANTOORUREN IN GRONINGEN

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van een analyse van data die door de betrokken partijen werd aangeleverd. Analyse vond plaats met SPSS For Windows versie 14; de grafieken werden in Excel samengesteld. Op een aantal plaatsen worden de contactgegevens getoetst aan normen. Het gaat dan om planningsnormen en financiële normen die in paragraaf 2.3, voordat de resultaten worden gepresenteerd, worden toegelicht.

2.2 Opmerkingen vooraf

Voor een goed begrip van de in dit hoofdstuk gepresenteerde gegevens wordt het volgende opgemerkt:

- Alle gegevens hebben betrekking op acute zorg buiten kantooruren in 2008. Het gaat dan om de zorg in de avond en nacht en in het weekend. Deze keuze is door het ROAZ in de opdrachtformulering om praktische redenen gemaakt, met name omdat gegevens over de acute eerstelijnszorg overdag niet in dit kader beschikbaar waren.
- De gegevens hebben betrekking op het gebruik van acute zorg op locaties binnen de provincie Groningen. Soms kan dit betrekking hebben op patiënten van buiten de provincie.
- Contacten vanuit gemeenten in Drenthe zijn opgenomen. In een aantal andere gevallen zou het weglaten van deze gemeenten een vertekend beeld opleveren (bv Martini ziekenhuis).
- Contacten elders uit Nederland zijn niet meegenomen, evenals vervoer náár locaties elders in Nederland. Aangezien het om zeer kleine aantallen gaat, leidt dit niet tot een vertekend beeld.

Dankzij deze keuzes kan met het beschikbare materiaal een goed beeld worden verkregen van beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg in de provincie Groningen.

De keuze voor ANW zorg leidt er weliswaar toe dat de acute zorg overdag niet in beeld komt, maar dit heeft als voordeel dat een goed beeld van de zorg voor niet-uitstelbare acute zorgvragen wordt verkregen.

2.3 Normen

Welke normen gelden in het beleid rond de acute zorg? Hiervoor zijn verschillende beleidsdocumenten geraadpleegd. Een samenvatting is opgenomen in onderstaand tekstvak.

Planningsnorm

In de ambulancezorg geldt de 15-minuten norm. Dit is een *planningsnorm* die wordt gebruikt om te bepalen hoeveel standplaatsen en ambulances nodig zijn. Bij spoedeisende hulp in levensbedreigende gevallen (A1) dient een ambulance binnen 15 minuten na melding ter plaatse te zijn (bron: Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg VWS 27 juni 2008).

Financiële norm

De bereikbaarheid van acute zorg binnen een tijdslimiet van 45 minuten is in de beleidsregels van de WTZi als norm vastgelegd. Het gaat hier om een *financiële norm* ten behoeven van de financiering van ziekenhuizen. De 45-minuten norm is als volgt opgebouwd (bron: Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg VWS 27 juni 2008).

- Voor de aanrijtijden van ambulances bestaat de norm van 15 minuten.
- Beoordelen, stabiliseren en gereed maken voor het vervoer van de cliënt: 5 minuten.
- Er blijft dan een netto-rijtijd van 25 minuten over voor het vervoer van de cliënt van de plaats van het ongeval naar een ziekenhuis met een SEH. Deze 25-minuten grens heeft geen wettelijke status.

Ook de CTG-regeling hanteert deze *financiële norm* om te bepalen of een ziekenhuis voor financiering via de 'beschikbaarheidsgelden' in aanmerking komt. De CTG-regeling Beschikbaarheidsgelden vermeldt de volgende norm (bron: CTG regeling beschikbaarheidsgelden):

- De norm voor de totale tijd (vanaf melding tot in ziekenhuis) bedraagt ≤ 45 minuten. Deze 45 minuten is inclusief 5 minuten bij de patiënt. In deze 5 minuten dient stabilisatie (=patiënt gereed maken voor vervoer) plaats te vinden en moet de patiënt vanuit huis naar de ambulance te worden vervoerd.

Afgeleide norm: 40 minuten

Hieruit kan worden afgeleid dat de totale reistijd van melding tot aankomst in het ziekenhuis maximaal 40 minuten mag bedragen. Dit is exclusief de tijd die bij de patiënt wordt besteed aan het bereiken van de patiënt en stabilisatie.

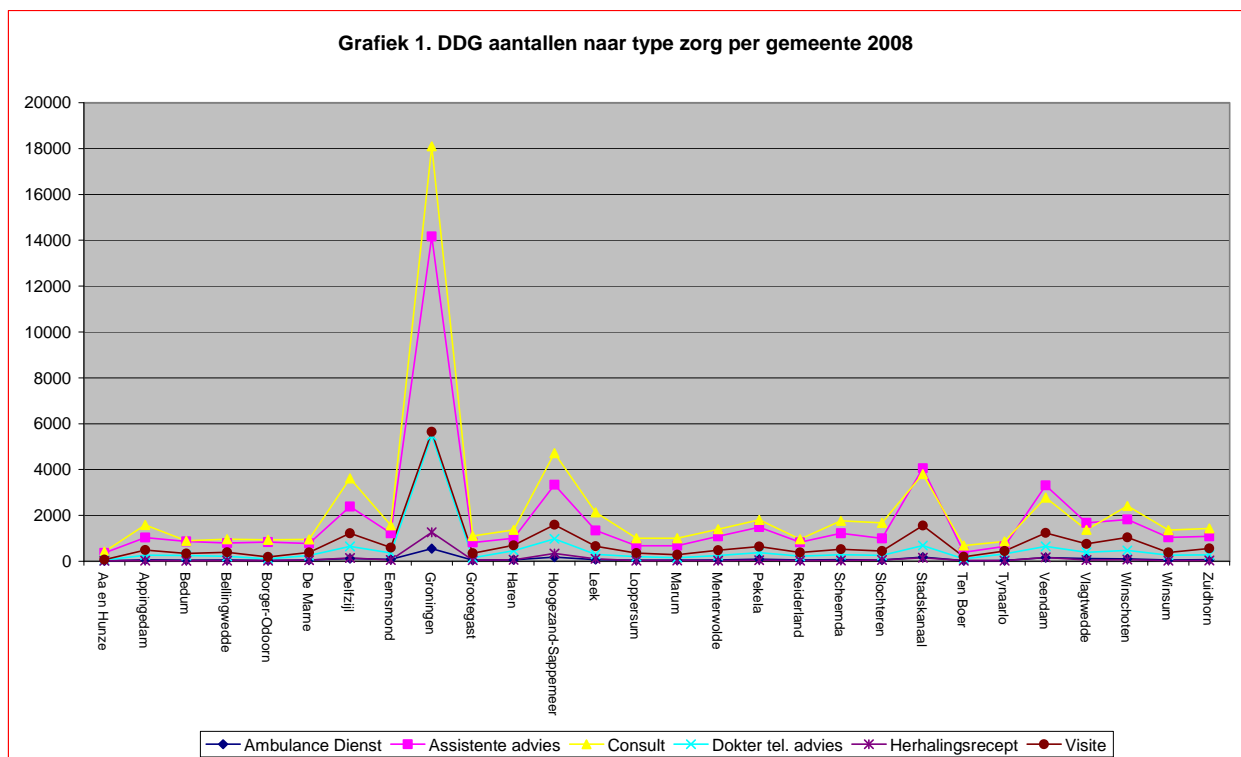
Samenvattend: de ambulancezorg heeft qua planning met de 15-minuten norm te maken. Voor ziekenhuizen is de 45-minuten norm van belang. Dat is een norm die uit verschillende elementen is opgebouwd.

2.4 Contacten naar gemeente

De contactgegevens zijn op basis van postcode/CBS ingedeeld naar gemeente. Met behulp van pakket ArcGis en een omreken tabel (Cendris, 2009) is de gemeentelijke indeling verder verfijnd naar 80 buurten in de provincie. Dit zal verderop in de rapportage terugkomen.

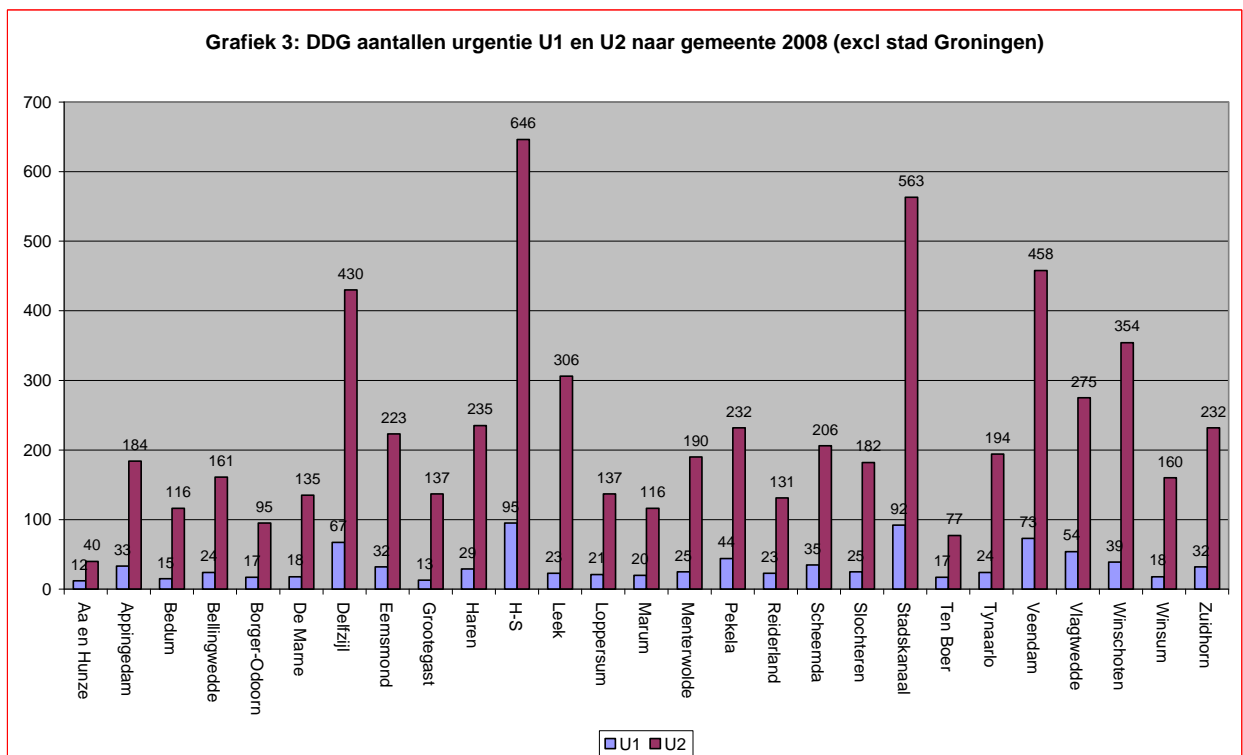
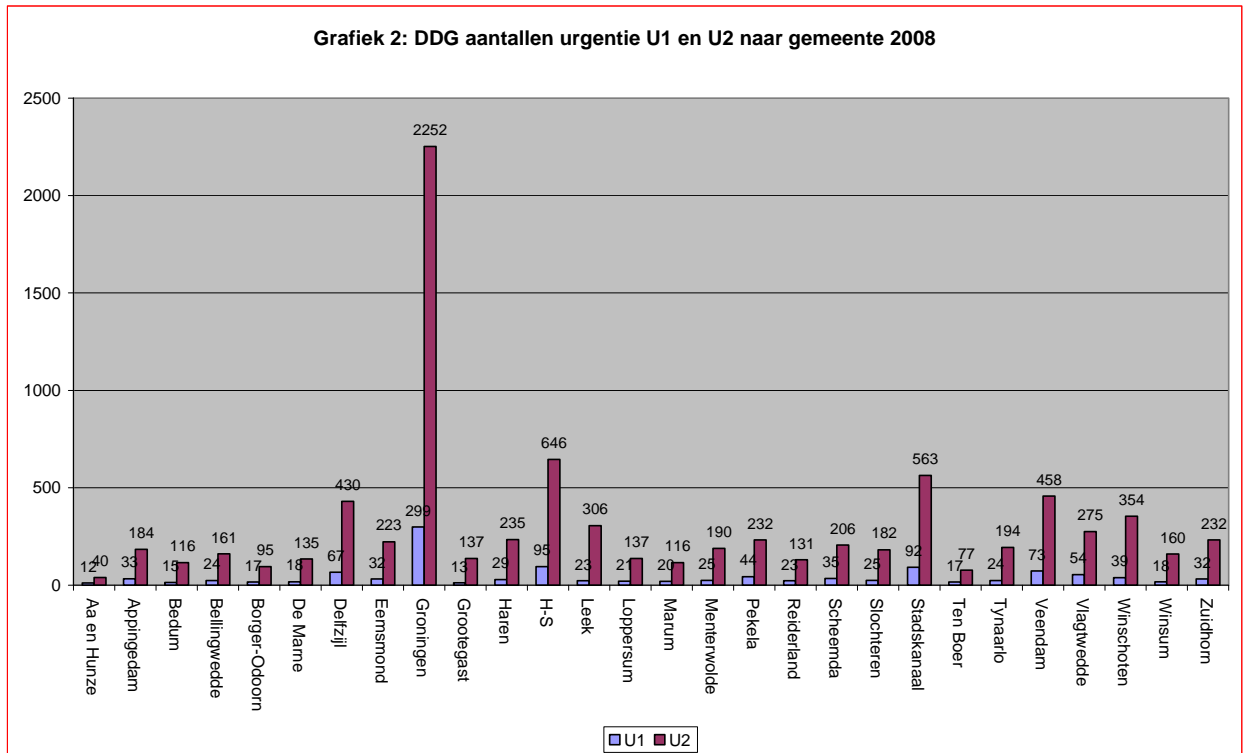
2.5 Doktersdienst

De meeste contacten met de Doktersdienst vinden plaats per telefoon. In grafiek 1 zijn de aantallen naar gemeente van herkomst en naar dienst van de DDG weergegeven.



De contacten met de doktersdienst leidden in 2008 zo'n 50.000 keer tot een advies van de assistente; er vonden ruim 62.000 consulten en 22.000 visites plaats.

Alle contacten bij de Doktersdienst krijgen een urgentiecode. Grafiek 2 bevat de aantallen patiënten van de Doktersdiensten naar urgentie U1 en U2 per gemeente.



Van de in totaal meer dan 154.000 contacten zijn er 1219 U1 en 8567 U2 urgenties. Omdat de aantallen in de stad erg groot zijn, is grafiek 3 opgesteld waarin de aantallen zónder de patiëntstroom vanuit de stad Groningen is weergegeven. Het gaat dan om 920 vragen met urgentiecode U1 en 6215 met U2.

Tabel 2 bevat de aantallen patiënten die via de Doktersdienst naar vervolgzorg in een ziekenhuis worden verwezen.

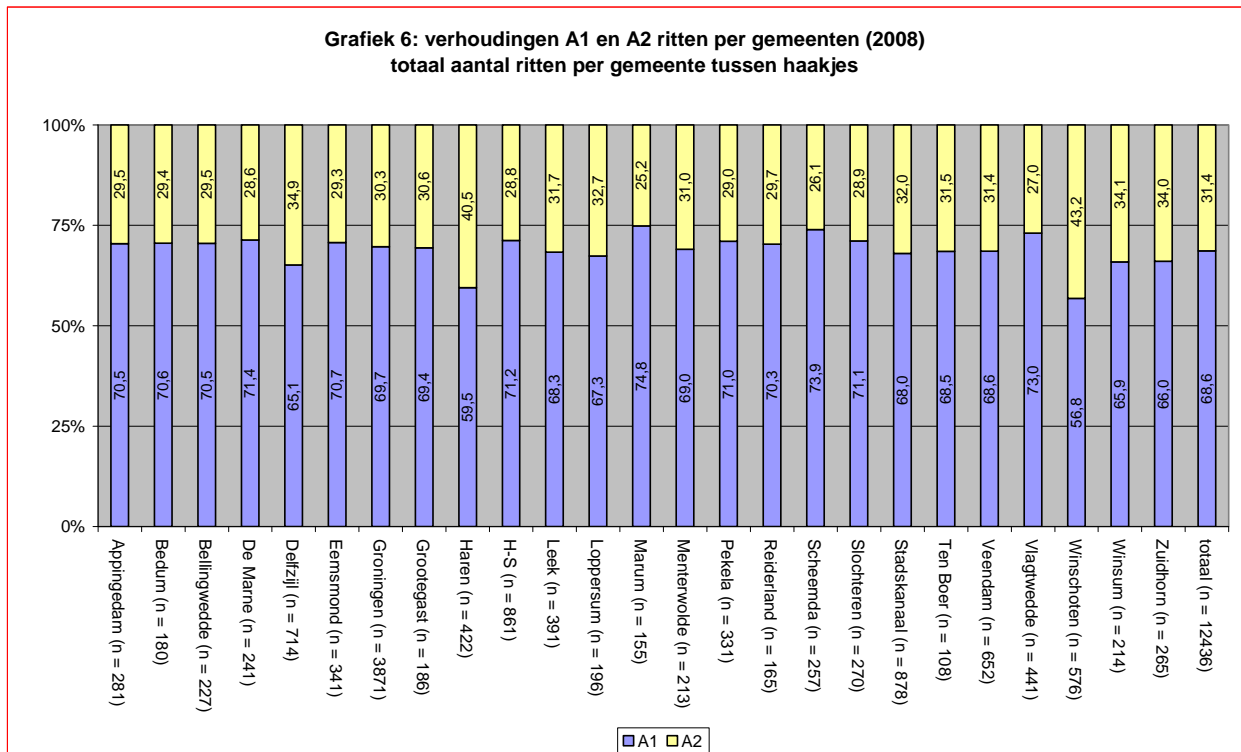
Tabel 2. Patiënten via Doktersdienst naar ziekenhuis, naar gemeente (2008)

gemeente	Delftzicht	St. Lucas	Refaja	Martini	UMCG	totaal
Aa en Hunze	0	5	64	2	3	74
Appingedam	251	10	5	8	25	299
Bedum	4	1	1	74	102	182
Bellingwedde	1	190	12	3	13	219
Borger-Odoorn	1	1	156	1	6	165
De Marne	1	2	0	113	104	220
Delfzijl	674	21	4	12	48	759
Eemsmond	211	1	1	58	108	379
Groningen	8	3	4	1110	2013	3138
Grootegast	0	0	0	116	46	162
Haren	0	0	1	202	118	321
H-S	3	31	9	371	468	882
Leek	1	1	0	292	98	392
Loppersum	140	0	2	32	60	234
Marum	0	1	1	71	43	116
Menterwolde	8	206	15	20	36	285
Pekela	5	273	104	10	18	410
Reiderland	9	191	3	0	9	212
Scheemda	52	314	3	10	24	403
Slochteren	167	4	1	56	110	338
Stadskanaal	4	39	714	7	34	798
Ten Boer	55	2	0	33	65	155
Tynaarlo	0	1	0	147	62	210
Veendam	3	194	319	41	86	643
Vlagtwedde	6	68	203	2	15	294
Winschoten	9	497	13	7	32	558
Winsum	0	0	0	124	124	248
Zuidhorn	0	0	0	188	103	291
totaal	1613	2056	1635	3110	3973	12387

Het aandeel van de drie perifere ziekenhuizen op het totaal aantal doorverwijzingen vanuit de Doktersdienst bedraagt 43%. In een aantal gemeenten kiezen patiënten voor verschillende ziekenhuizen: zo gaat de grootste groep patiënten uit Veendam naar het Refaja ziekenhuis, maar is er ook een aanzienlijke groep die via de Doktersdienst in het St Lucas ziekenhuis terechtkomt.

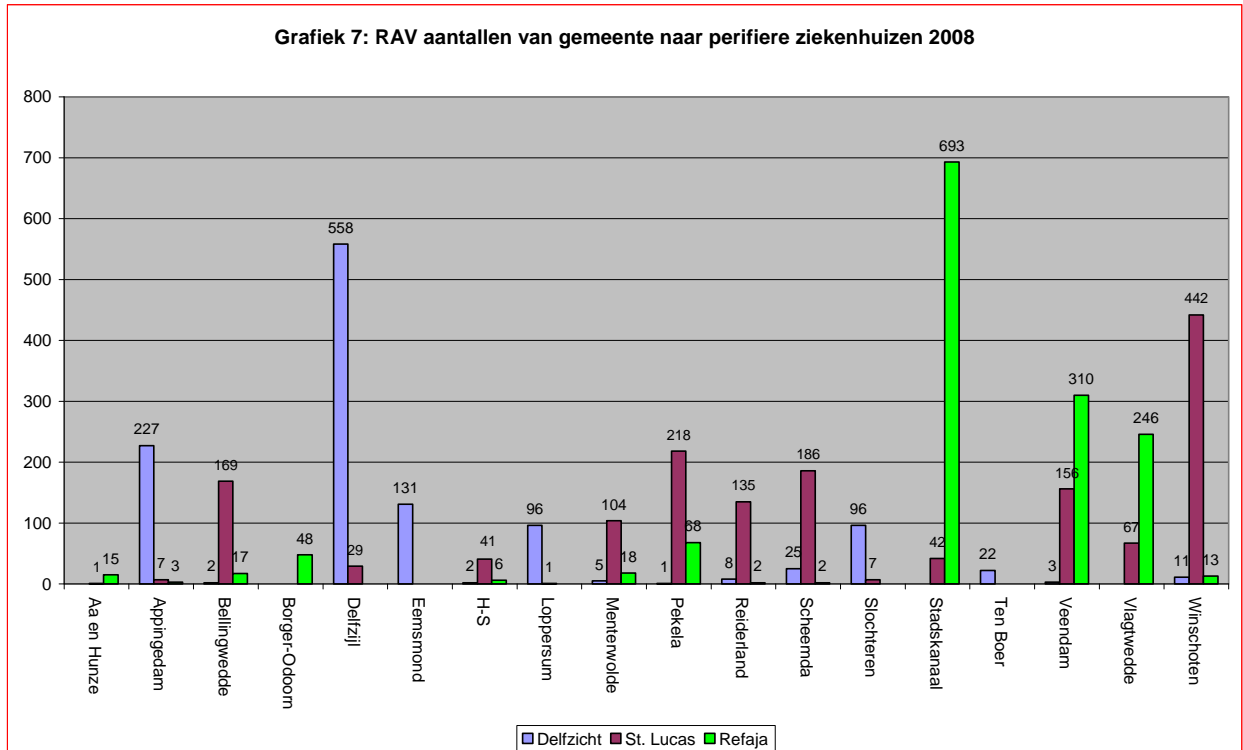
2.6 Ambulancezorg

Alle gegevens die hier worden gepresenteerd hebben betrekking op de ambulancezorg buiten kantooruren (tussen 17.00 's avonds en 08.00 uur 's ochtends en in het weekend). Alleen gegevens over A1 en A2 ritten zijn opgevraagd. In grafiek 6 zijn de aantallen naar gemeente weergegeven, onderverdeeld naar A1 en A2. De aantallen staan tussen () bij de betreffende gemeente.



Bijna 70% van de ritten heeft een A1-urgentie. In totaal zijn er 12.436 spoedeisende ritten uitgevoerd, waarvan ruim 8500 ritten A1. Verderop in de rapportage worden de cijfers gepresenteerd voor een indeling naar 80 wijken in de provincie.

In grafiek 7 is de herkomst naar gemeente van de A1+A2 ritten naar de drie perifere ziekenhuizen weergegeven. Hieruit blijkt dat de ziekenhuizen niet alleen een belangrijke functie voor de eigen gemeente hebben. Zo gaat ook een belangrijk deel van de ambulanceritten uit Veendam en Vlagtwedde naar het Refaja ziekenhuis.



Op basis van de gegevens van de ambulancezorg zijn in 2008 in totaal 4233 patiënten (A1+A2) buiten kantooruren naar de perifere ziekenhuizen vervoerd. De meeste patiënten gingen naar het St Lucas ziekenhuis (1605), gevolgd door Refaja (1141) en Delfzicht (1187 patiënten).

2.7 Bereikbaarheid ambulancezorg (A1) naar 80 gebieden

De door RAV Groningen geleverde tijdsgegevens zijn met behulp van geografisch/statistische software toegerekend aan 80 'buurten' in de provincie. Dit is het meest optimale schaalniveau dat met de beschikbare data kan worden onderzocht. De indeling biedt veel meer informatie dan een indeling in 25 gemeenten. Een verfijndere indeling was niet mogelijk, omdat dan teveel lege cellen zouden ontstaan.

De resultaten hebben betrekking op A1-ritten, buiten kantooruren, waarbij patiënten in de provincie Groningen worden vervoerd naar locaties binnen de provincie. Ritten naar ziekenhuizen in Drenthe en Friesland zijn in deze analyse niet meegenomen. Dat vormt geen probleem. Er is vanuit gegaan dat de keuze voor de ziekenhuisbestemming is gemaakt op (a) nabijheid en (b) de beste outillage voor de patiënt. Tabel 3 bevat het totaalbeeld.

Tabel 3. Behalen normtijden A1 acute zorg ANW Provincie Groningen (2008)

	% binnen norm (provincie)	aantal ritten buiten norm	Gemiddelde overschrijding
Aanrijtijden (15 min)	94,8%	523	3,6 minuten
Van pat tot zkh (25 min)	92,8%	616	6,0 minuten
totale reistijden (40 min)	95,8%	362	7,9 minuten
totale tijden (45 min)	54,6%	3878	11,3 minuten

Wat betreft de aanrijtijden en de totale reistijd blijkt uit tabel 2 dat de norm van 95% wordt gehaald. Het blijkt dat de norm van 45 minuten voor de totale tijd in bijna de helft van de A1 oproepen niet wordt gehaald.

2.8 Normen naar gebieden in de provincie

In bijlage 2 zijn tabellen opgenomen naar gemeente, en per gemeente naar wijk. Per wijk is weergegeven:

- het aantal inwoners;
- het aantal A1 ritten in 2008;
- het % binnen de norm;
- het aantal ritten buiten de norm;
- de gemiddelde overschrijding in minuten (robuust gemiddelde).

45 minuten-norm

In veel documenten (o.a. WTZi, VWS) wordt gesteld dat iedere Nederlander met een acute aandoening binnen 45 minuten in een ziekenhuis moet kunnen zijn. Het blijkt dat deze 45-minuten norm (inclusief stabilisatie) *alleen* in de gemeenten Groningen, Stadskanaal, Winschoten en Delfzijl wordt benaderd: 75%-95% van de A1 aanvragen wordt daar binnen de 45 minuten afgehandeld. De normtijd <45 minuten wordt in een groot gebied van de provincie *zelden* gehaald. Hierbij dient te worden aangetekend dat de ambulancezorg niet op deze 45-minuten norm stuur. In pareagraaf 2.3 werd aangegeven dat voor ambulancezorg de 15-minuten aanrijtijd als norm geldt.

De 45-minuten norm bevat als aanname dat de tijd bij patiënt 5 minuten mag bedragen. Het gaat dan om tijd om de patiënt te bereiken, stabilisatie en het vervoer van deze woning naar de ambulance. In de praktijk wordt deze 5 minuten vaak overschreden. Uit de gegevens van de ambulancevoorziening blijkt dat deze tijd bij de patiënt bij 77% van de A1 ritten meer dan 15 minuten bedroeg.

40 minuten-norm

Gebleken is dat de tijd bij de patiënt veelal langer is dan de in de norm gestelde 5 minuten. De berekening is opnieuw uitgevoerd, ditmaal met als uitgangspunt 40 minuten. Dit is opgebouwd uit (1) 15 minuten van binnenkomst van de melding tot locatie van patiënt, en (2) 25 minuten van locatie patiënt naar het ziekenhuis. In bijlage 2 zijn de resultaten per gebied vermeld. Voor A1 ritten geldt dat een groot deel van de patiënten tijdig in het ziekenhuis belandt. In het noordwesten en zuidoosten van de provincie doen zich problemen voor.

15 minuten-norm

Voor ambulancezorg geldt dat er - bij patiënten met een levensbedreigende aandoening (A1) - 15 minuten mag verstrijken tussen het moment van binnenkomst van de melding en het arriveren van de ambulance. Overschrijding mag in niet meer dan 5% van de gevallen plaatsvinden¹.

Ten aanzien van de aanrijtijden door ambulance zien we in het westen van de provincie een gebied waar de 15-minuten norm voor A1 in meer dan 75% van de situaties niet wordt gehaald. De aanrijtijden A1 werden in 2008 in 16 gebieden in 25%-50% van de hulpvragen niet gehaald.

Uit de tabel in de bijlage komen knelpunten in bereikbaarheid voor ambulance naar voren in Grootegast (n=26), Hoogezand (deels, n=48), Veendam (n=46), Vlagtwedde (n=38) en Zuidhorn (n=32). De overschrijdingen van de aanrijtijden in de voornoemde gebieden liggen over het algemeen tussen de 2 en 3 minuten.

Reistijd van patiënt naar SEH: 25 minuten

De reistijd van patiënt naar ziekenhuis vormt een indicator voor de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg in de provincie. Op basis van de verschillende normen die in het voorgaande werden gepresenteerd, kan worden afgeleid dat de patiënt binnen 25 minuten bij een ziekenhuis dient te zijn.

We zien dat de reistijd van maximaal 25 minuten bij A1 ritten in het noordwesten van de provincie meestal niet wordt gehaald. In enkele buurten tegen de Duitse grens wordt de norm voor reistijd in 25%-50% van de A1 ritten overschreden.

Wanneer de reistijd van patiënt tot ziekenhuis wordt beschouwd, zijn de knelpunten in de volgende gemeenten het grootst: De Marne (n=119), Eemsmond (n=54), Pekela (n=27), Stadskanaal (n=20), Veendam (n=69), Vlagtwedde (n=46) en

¹ Recent (RIVM, 2008) is er sprake van een streven naar een dekking van 97%. In deze rapportage houden we het percentage van 95% aan, waarbij wordt aangetekend dat deze norm eerder strenger dan soepeler zal worden.

Winsum (n=29). De overschrijdingen van de tijd van patiënt naar ziekenhuis zijn het hoogst in de Marne (4,4 – 7,4 min), Pekela (6,9-7,8 min) en Vlagtwedde (1,4 – 11,0 min).

2.9 Overschrijdingen naar aandoening

Op basis van gegevens omtrent de aandoening kan een beter beeld worden verkregen. In hoeverre treden tijdsoverschrijdingen vaker op bij bepaalde aandoeningen? In tabel 4 is een overzicht gegeven van de aantallen overschrijdingen naar ziektebeeld. Aandoeningen die zich in 2008 niet hebben voorgedaan, zijn niet in de tabel opgenomen.

Tabel 4. Overschrijding normen A1 naar aandoening

diagnose	aankomst bij P (15 m)		reistijd plaats P tot zkh (25m)		totale reistijd (40m)		totale tijd incl stab (45m)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Acute buik	4(*)	4,1	3	3,1	2	2,0	28	28,6
Ademhalingsmoeilijkheden	37	7,2	31	6,0	22	4,3	225	43,5
Agina pectoris	127	5,9	152	7,1	89	4,1	1137	52,9
Astma cardiale	2	4,7	2	4,7	1	2,3	22	51,2
Bedrijfsongeval	2	8,0	0	0,0	0	0,0	12	48,0
Comateus	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0
CVA	25	7,3	22	6,4	10	2,9	170	49,4
Decompensatio cordis	5	5,4	7	7,5	4	4,3	37	39,8
Diabetes	1	5,3	2	10,5	1	5,3	10	52,6
Diabetes - Hypo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
Diabetes - Ontregeld	0	0,0	1	100,0	1	100,0	1	100,0
Drenkeling	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0
Epilepsie	16	7,1	17	7,6	9	4,0	90	40,0
Fluxus	0	0,0	1	20,0	0	0,0	2	40,0
Fluxus na partu	1	11,1	1	11,1	1	11,1	4	44,4
Gynaecologie / obstetrie	7	14,0	1	2,0	1	2,0	9	18,0
Hartinfarct / Coronair lijden	4	3,8	8	7,7	5	4,8	43	41,3
Hartritme stoornissen	15	6,3	12	5,0	8	3,3	98	41,0
Huisongeval	8	3,2	27	10,8	11	4,4	122	48,6
In partu	8	15,7	3	5,9	4	7,8	10	19,6
Intern algemeen	15	8,6	18	10,3	8	4,6	70	40,2
Intoxicatie oraal	1	14,3	1	14,3	0	0,0	3	42,9
Met couveuse	1	33,3	0	0,0	1	33,3	3	100,0
Mishandeling	2	4,7	0	0,0	0	0,0	2	4,7
Neurologie / neurochirurgie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3
Onwelwording	53	4,5	86	7,4	45	3,9	532	45,7
Overig	2	7,4	0	0,0	0	0,0	4	14,8
Shock	2	8,3	1	4,2	0	0,0	6	25,0
Sportongeval	3	4,1	8	11,0	6	8,2	38	52,1
Straatongeval	10	4,1	12	4,9	4	1,6	46	18,8
Terminale patiënt	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Trombose / Embolie	1	7,1	0	0,0	0	0,0	4	28,6
Verkeersongeval	28	5,0	43	7,7	25	4,5	250	45,0
Vermoedelijk overleden	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7
Zelfmoordpoging	2	13,3	3	20,0	1	6,7	5	33,3
Zelfmoordpoging (medicijnen)	1	4,5	0	0,0	0	0,0	2	9,1
<i>onbekend</i>	<i>125</i>	<i>7,7</i>	<i>125</i>	<i>7,7</i>	<i>81</i>	<i>5,0</i>	<i>718</i>	<i>44,1</i>

(*) Deze tabel dient als volgt te worden gelezen: bij de aandoening 'acute buik' wordt in 4 gevallen de 15-minuten norm voor aanrijtiden niet gehaald. Dit is 4,1% van het totaal aan A1 meldingen voor deze aandoening. De totale reistijd (naar patiënt en van patiënt naar ziekenhuis) duurt in 2,0% van de gevallen 'acute buik' langer dan de beoogde 40 minuten. Als de stabilisatietijd daaraan wordt toegevoegd, wordt in 28,6% de 45-minuten norm overschreden.

Aangezien de aandacht in dit project mede uitgaat naar de bereikbaarheid van acute zorg in de periferie, is de kolom 'reistijd plaats P tot zkh' van bijzonder belang. In bijlage 3 is deze tabel gespecificeerd naar de gemeenten in de provincie Groningen. Daarin valt te lezen in hoeverre normen worden overschreden rond *bepaalde* aandoeningen in *specifieke* gemeenten. Naar aantallen beschouwd komen de belangrijkste overschrijdingen van de 25 minuten norm voor bij:

- ademhalingsmoeilijkheden
- agina pectoris
- epilepsie
- huisongeval
- intern algemeen
- onwelwording
- verkeersongevallen

2.10 Voorbeelden van bereikbaarheidsproblemen

Aan de hand van een aantal gesprekken met ambulance-verpleegkundigen is een beeld verkregen van verschillende mogelijke achtergronden van overschrijdingen van de reistijd. Onderstaande weergave dient ter illustratie en is niet representatief.

Obstakels en andere hinderende factoren

Ambulance-medewerkers geven aan dat problemen met het tijdig bereiken van een patiënt of ziekenhuis met verschillende zaken te maken hebben. Zo zijn er de 'harde hinderende factoren'. Denk bijvoorbeeld aan opgebroken wegen, rotondes, het weer, ontbrekende/onduidelijke huisnummering en het gedrag van medeweggebruikers. Ook een melding van een 'auto te water' kan bij een 10 kilometer lang kanaal voor een onduidelijke situatie zorgen.

Het komt zelden voor dat een SEH niet op de hoogte is van de komst van een ambulance. Wat wel voorkomt is dat bij patiënten die door de huisarts worden verwezen, de specialist met wie de huisarts contact heeft gehad het niet door heeft gegeven aan de SEH. Hoewel dit bij sommige specialisten structureel is, levert het eigenlijk nooit problemen op. In een enkel geval is het verkeerde ziekenhuis op de hoogte gebracht van het in aantocht zijn van de patiënt. Het komt met enige regelmaat voor dat het lang duurt voordat de specialist er is of dat deze helemaal niet komt.

Van richting veranderen

Het kan gebeuren dat een ambulance op weg naar een SEH te horen krijgt dat er toch geen plaats of specialist is, bijvoorbeeld omdat zich een ander spoedeisend geval heeft aangediend. In die gevallen regelt de CPA een ziekenhuis waar naar uitgeweken kan worden. Het komt ook voor dat de zorgvraag verandert. Bij een patiënt kan de toestand onderweg naar een ziekenhuis dermate verslechteren dat uitwijken naar een ander ziekenhuis noodzakelijk is.

Keuze van ziekenhuis

In een aantal gevallen is de keuze voor een ziekenhuis in protocol vastgelegd. De level-indeling geeft voldoende aanknopingspunten voor wat er naar het UMCG (CVA, dotteren, AAA), het Martiniziekenhuis (CVA, brandwonden met inhalatieproblemen), het Scheperziekenhuis (CVA) moet en welke gevallen 'gewoon' naar de perifere ziekenhuizen gaan.

Bij sommige specialismen is niet bekend in welk ziekenhuis dienst wordt gedaan in de ANW. Het gaat dan met name om specialismen als KNO, Kaakchirurgie, oogheelkunde en dergelijke. Als voorbeeld wordt een geval van zeer ernstig oogletsel genoemd waarin dit veel vertraging opleverde.

Er is een aantal factoren die de keuze voor een ziekenhuis beïnvloedt:

- de verwijzende huisarts: beslist op basis van ervaringen, voorkeuren en wens van de patiënt;
- de patiënt: heeft eigen voorkeuren en ervaringen;
- het ambulancepersoneel: wat is er aan de hand, waar is de patiënt bekend, waar is plek, wat is doelmatig/praktisch.

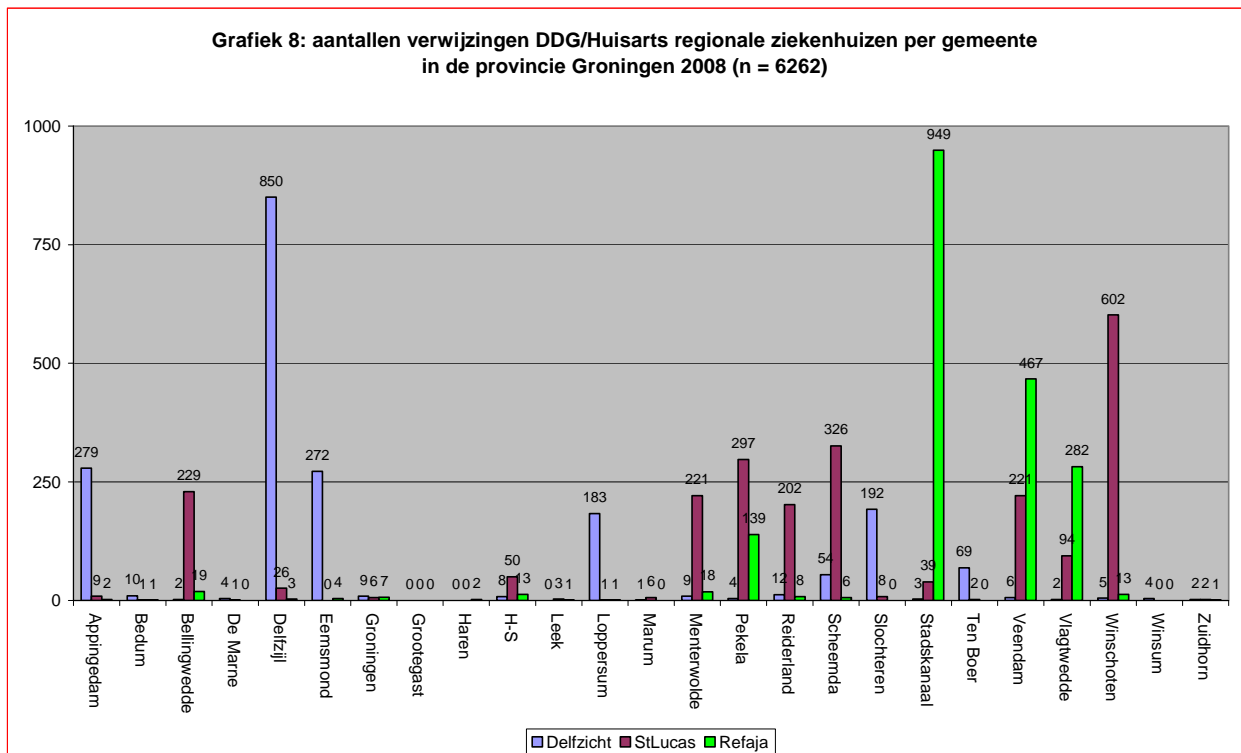
Storende factoren

In de gesprekken met de ambulanceverpleegkundigen komen de volgende zaken met betrekking tot bereikbaarheid in relatie tot de juiste zorg op de juiste plaats als zeer storend naar voren:

- een SEH die bij voorbaat meldt dat ze vol zijn en de patiënt niet willen ontvangen;
- in geval van ernstige psychiatrische problematiek geen gehoor/steun vinden bij huisarts en specialist ('*is mijn probleem niet*');;
- specialisten die weigeren te komen ('*daar kom ik mijn bed niet voor uit*');;
- het rijgedrag van mede weggebruikers.

2.11 Ziekenhuizen

Het belang van de spoedeisende hulp van de perifere ziekenhuizen ligt niet alleen in de functie in de opvang van patiënten die via de ambulance aankomen. Ook speelt de SEH een rol in de opvang van verwijzingen van de huisartsenposten en de zorg voor patiënten die op eigen initiatief naar het ziekenhuis komen ('zelfverwijzers'). In deze paragraaf wordt het beeld van deze stromen geschetst. In grafiek 8 staan de aantallen patiënten die buiten kantooruren via de huisarts naar de drie perifere ziekenhuizen worden verwezen.



Refaja Ziekenhuis

In totaal komen in 2008 tijdens de ANW-uren zo'n 1936 patiënten de spoedeisende hulp van het ziekenhuis Refaja binnen via de huisarts. Circa de helft hiervan is afkomstig uit de gemeente Stadskanaal; verder komen aanzienlijke aantallen patiënten uit de gemeenten Veendam, Vlagtwedde en Pekela.

St Lucas ziekenhuis

In totaal 2346 patiënten komen buiten kantooruren in 2008 naar de SEH van het Lucas ziekenhuis via de huisarts. De patiënten komen voor ongeveer een kwart uit

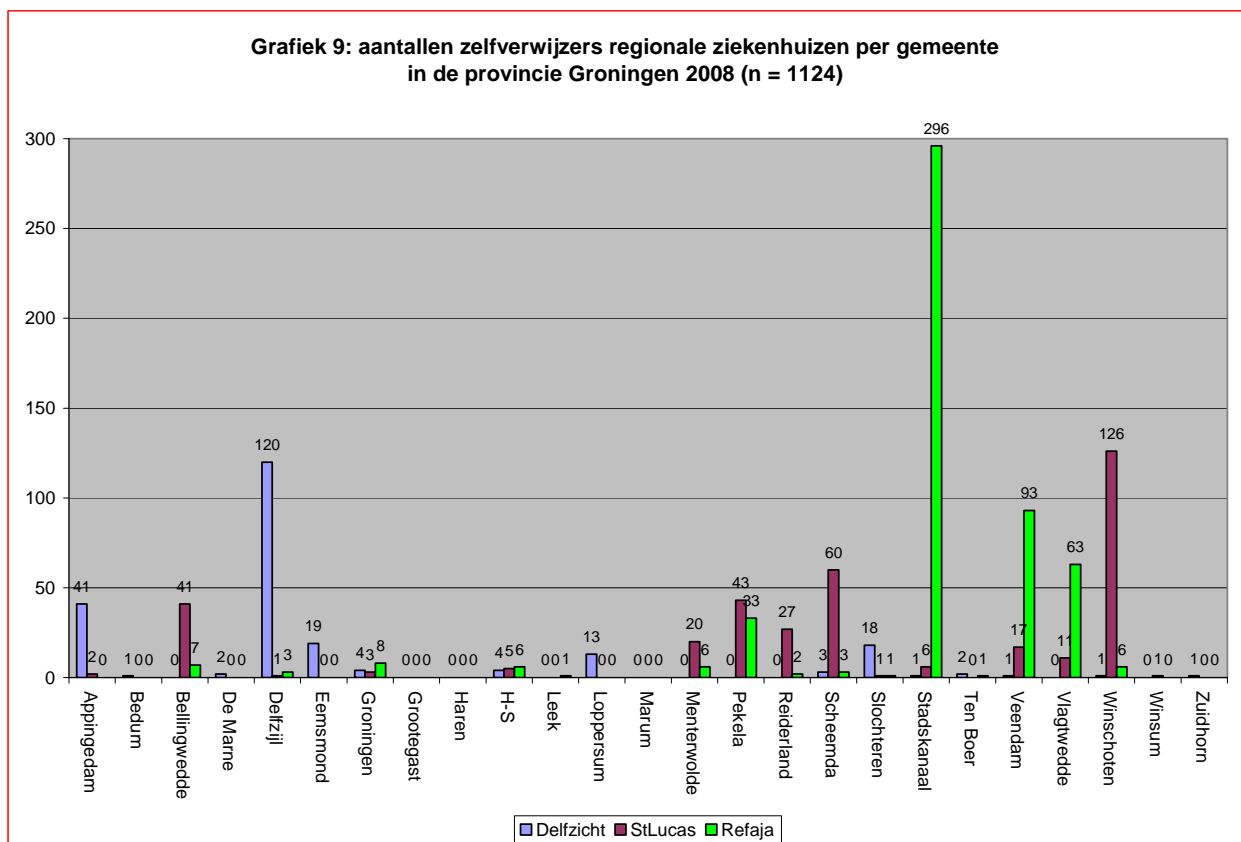
Winschoten; verder zijn aanzienlijke aantallen patiënten afkomstig uit Scheemda en Pekela.

Delfzicht ziekenhuis

In 2008 zijn buiten kantooruren 1980 patiënten via de huisarts naar de spoedeisende hulp van het Delfzicht ziekenhuis gegaan. Bijna de helft is afkomstig uit de gemeente Delfzijl; verder komen aanzienlijke aantallen patiënten uit de gemeenten Appingedam en Eemsmond.

Zelfverwijzingen

De derde categorie patiënten op de SEH – naast ambulancevervoer en verwijzingen via de huisarts – zijn de 'zelfverwijzers'. In grafiek 9 zijn de aantallen over 2008 voor de drie perifere ziekenhuizen weergegeven.



Meer dan 1100 mensen zijn in 2008 buiten kantooruren op eigen initiatief naar één van de drie ziekenhuizen in de periferie gegaan. Het Refaja ziekenhuis kent het grootste aantal zelfverwijzers: in 2008 hebben meer dan 500 mensen zich op eigen

initiatief bij het ziekenhuis gemeld. Bijna 60% hiervan is afkomstig uit de gemeente Stadskanaal. De aantallen patiënten die zich op eigen initiatief buiten kantooruren bij de SEH melden zijn in Delfzicht en St Lucas met respectievelijk 231 en 364 patiënten beduidend lager dan in Stadskanaal.

2.12 Tot slot

In dit hoofdstuk werd een schets gegeven van de acute zorg buiten kantooruren in de provincie Groningen. De vraag naar acute huisartsenzorg, ambulancezorg en ziekenhuiszorg werd in kaart gebracht en waar zinvol getoetst aan geldende financiële of planningsnormen. Daarbij bleek dat – hoewel in grote lijnen de acute zorg buiten kantooruren goed verloopt – de beschikbaarheid van acute zorg in een aantal plattelandsgebieden in de provincie kwetsbaar is. Zowel ten aanzien van het bereiken van de patiënt (door de ambulance) als het bereiken van acute ziekenhuiszorg worden de geldende normen niet altijd gehaald. Het algemene uitgangspunt 'iedere patiënt moet binnen 45 minuten in een ziekenhuis kunnen zijn' wordt in de acute zorg rond levensbedreigende aandoeningen (A1) tijdens ANW in de praktijk vaak niet gerealiseerd.

Tevens werd inzichtelijk gemaakt hoe de zorgvraag is verspreid over de provincie, en hoe de verwijspatronen eruit zien. In de bijlage is een grote hoeveelheid gedetailleerde gegevens over de situatie in de provincie opgenomen.

HOOFDSTUK 3. GEVOLGEN VAN HET WEGVALLEN VAN ACUTE ZIEKENHUISZORG

3.1 Inleiding

De aanleiding tot het uitvoeren van deze verkenning zijn mogelijke beleidsvoornemens ten aanzien van de regeling 'beschikbaarheidsgelden' voor de ziekenhuizen. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de achtergrond en betekenis van deze regeling. Een uitgebreide beschrijving is opgenomen in de bijlage.

3.2 Achtergrond

De beschikbaarheidstoelage voor kleine ziekenhuizen is een voorziening ingesteld om de afdelingen spoedeisende hulp, intensieve care en kinder- en verloskundige zorg bij de kleine ziekenhuizen open te kunnen houden. De beleidsregel geldt voor ziekenhuizen met een klinische adherentie van minder dan 72.500 inwoners. In totaal ontvingen de drie perifere ziekenhuizen in de provincie Groningen in 2008 ongeveer €4,2 miljoen aan beschikbaarheidsgelden. Dit is ruim 40% van het landelijk beschikbare bedrag voor deze regeling.

De minister van VWS heeft het voornemen de huidige regeling (CTG beleidsregel nr895) te vervangen door een algemene beschikbaarheidsvergoeding om aanbieders tegemoet te komen in de kosten van een verantwoorde bezetting op de SEH. Dit is om een goede bereikbaarheid (gedefinieerd volgens de 45 minuten norm) van de spoedeisende zorg te kunnen blijven garanderen in de avond-, nacht- en weekenduren. De acute zorg blijft buiten de vrije prijsvorming. Hoe de nieuwe aanpak wordt is bij het opstellen van dit rapport nog niet duidelijk.

3.3 Betekenis

Mede dankzij de beschikbaarheidsgelden is in de provincie Groningen een dekkend netwerk van spoedvoorzieningen gerealiseerd. In dit rapport is aangehaakt op de nadruk die de Minister legt op de 45 minuten norm voor A1 ritten, maar er is ook gekeken naar de verschillende elementen in de reistijd.

Het wegvallen van de beschikbaarheidsgelden heeft zeer waarschijnlijk tot gevolg dat ziekenhuizen hun spoedeisende hulp niet langer 24 uur, 7 dagen in de week open kunnen houden. In dit hoofdstuk worden de gevolgen verkend.

3.4 Gevolgen van het wegvallen van een SEH in de perifere ziekenhuizen

Aanleiding tot dit onderzoek is de mogelijke vermindering van de 'beschikbaarheidsgelden'. Deze maatregel zou ertoe kunnen leiden dat de beschikbaarheid van de spoedeisende hulp verslechtert.

De gevolgen laten zich in twee categorieën indelen:

- (a) Concrete gevolgen voor de patiënt en de patiëntstromen.
- (b) 'systeemgevolgen'. Deze vloeien voort uit de sleutelrol van een spoedeisende hulp in een algemeen ziekenhuis. De gevolgen zijn kwalitatief te beschrijven.

Gevolgen voor de patiënt en de patiëntstromen

Wat zijn de concrete gevolgen van dit scenario voor de patiënt? Op basis van de gegevens over de praktijk van de acute zorg wordt dit op drie aspecten verkend:

- gevolgen voor de reistijden van ambulance patiënten;
- gevolgen voor patiënten van de huisarts/huisartsenpost;
- gevolgen voor zelfverwijzers.

Reistijden

Wanneer de spoedeisende hulp in de perifere ziekenhuizen weg zou vallen, veranderen de reistijden van patiënt naar bestemming. De aanrijtijd zal naar verwachting niet wijzigen, evenals de stabilisatietijd bij de patiënt.

Om een schatting te maken van de wijzigingen in reistijden is de volgende berekening uitgevoerd. Voor de gehele provincie zijn tijden bekend van A1 ritten die naar de stad Groningen zijn uitgevoerd gedurende de avond-, nacht- en weekenddiensten. De reistijd van de patiënt is opnieuw berekend door de reistijd-2008 door een nieuwe reistijd te vervangen. Daarbij is niet uitgegaan van het gemiddelde, maar van het % dat binnen de norm is gearriveerd. Als aanname gold dat het % A1 dat binnen de norm in Groningen arriveert, een goede schatter is voor de tijden die kunnen worden behaald. Deze analyse kon alleen op het niveau van de 25 gemeenten worden uitgevoerd en de uitkomsten worden gepresenteerd in tabel 5. De data laten niet toe dat dit op het niveau van de 80 buurten wordt berekend.

Tabel 5. Berekening verslechtering bereikbaarheid in scenario 'sluiten SEH 3 perifere ziekenhuizen'
reistijd binnen 40 minuten

	aantal ritten A1 tijdens ANW	huidige situatie		scenario	
		%	n	%	n
Bellingwedde	160	87,5	140	51,7	83
Delfzijl	465	97,8	455	90,8	422
Pekela	233	94,0	219	66,7	155
Stadskanaal	586	96,6	566	77,4	454
Veendam	446	92,2	411	80,6	359
Vlagtwedde	244	85,7	209	28,6	70
totaal	2134		2000		1543

De conclusies zijn (zie tabel 5):

- Wat betreft de reistijd A1 zonder stabilisatietijd (norm < 40 minuten), zien we dat er een aanzienlijke verslechtering plaatsvindt in de gemeenten Bellingwedde, Delfzijl, Pekela, Stadskanaal, Veendam en Vlagtwedde.
- Het aantal A1 ritten buiten kantooruren dat in deze gemeenten binnen de 40 minuten bij een ziekenhuis arriveert, *daalt* met 25% van 2000 naar 1543.
- In 2008 duurden 134 A1-ritten (2134-2000) in deze gemeenten langer dan 40 minuten. Met andere woorden: in geval van sluiting van de SEH in de perifere ziekenhuizen, zullen bijna 600 inwoners van deze gebieden met een levensbedreigend gezondheidsprobleem *niet* binnen de gestelde reistijd in het ziekenhuis arriveren; een toename van bijna 500 personen (440%).
- Uit berekeningen blijkt dat de situatie voor A1+A2 samen, alsmede voor het behalen van de norm < 45 minuten, nog ongunstiger is.

Patiënten via de huisarts en op eigen initiatief

Voor patiënten die via de huisarts en op eigen initiatief naar de spoedeisende hulp van de perifere ziekenhuizen komen, zijn vergelijkbare verslechtingen te verwachten. In totaal gaat het jaarlijks om zo'n 7400 patiënten, redelijk evenredig verdeeld over de drie ziekenhuizen. De meerderheid daarvan komt via de huisarts (buiten kantooruren georganiseerd in de Doktersdiensten Groningen) naar het ziekenhuis. In 2008 waren dit meer dan 6200 patiënten. Ongeveer 15% bestaat uit patiënten die op eigen initiatief naar één der perifere ziekenhuizen komen. In 2008 ging het om ruim 1100 mensen.

Systeemgevolgen

Naast de in het voorgaande gekwantificeerde gevolgen, toegespitst op de bereikbaarheid van acute zorg voor levensbedreigende vragen, is er een aantal 'systeemfuncties' van de spoedeisende hulp in een perifeer ziekenhuis. Dit zijn functies van een ziekenhuis als onderdeel van het totale systeem van gezondheidszorg. Dergelijke functies zijn in het bestek van deze studie alleen kwalitatief benoemd:

- de rol van de SEH als achterwacht van de huisartsenpost;
- de rol van de SEH als voordeur voor het ziekenhuis;
- de rol van de SEH als onderdeel van een aantrekkelijk ziekenhuis voor de specialist;
- vermindering opvang (kwalitatief en kwantitatief) bij rampen en grootschalige ongelukken;
- gevolgen voor de ziekenhuizen in de stad (o.a. toenemende vraag);
- afkalven aantal disciplines in de kleine ziekenhuizen;
- de rol van 'het ziekenhuis dichtbij' voor patiënten met een chronische aandoening.

3.5 Alternatieven

Het ROAZ heeft van gedachten gewisseld over mogelijke alternatieven voor de acute ziekenhuisfunctie buiten kantooruren in de provincie. Een groot deel van de besproken alternatieven heeft financiële consequenties die ver uitgaan boven het totaalbedrag van de beschikbaarheidsgelden, zelfs wanneer uitsluitend wordt gefocused op de A1-problematiek.

Voor de A1 vragen valt bijvoorbeeld te denken aan:

- vergroten van de inzet van het Mobiel Medisch Team (MMT);
- uitbreiden aantal ambulanceposten en (gespecialiseerde) ambulances;
- roulatiesysteem openstelling SEH in de ANW-uren;
- uitbreiden aantal auto's doktersdienst Groningen;
- vergroten samenwerking in de mobiele inzet van DDG en Ambulancevoorziening Groningen;
- aanschaf van een mobiele SEH als 'rijdend ziekenhuis'.

3.6 Conclusie

Eerder in deze rapportage werd aangegeven dat jaarlijks honderden patiënten met een levensbedreigende acute zorgvraag via de ambulance worden aangebracht. Ook de 'achterwachtfunctie' voor de huisartsenpost is van groot belang. En jaarlijks komen vele 'zelfverwijzers' naar de spoedeisende hulp.

Ook voor de continuïteit van de ziekenhuisorganisatie is een afdeling spoedeisende hulp van belang. De aanwezigheid ervan bepaalt mede de aantrekkingskracht voor specialisten en daarmee de identiteit als 'algemeen ziekenhuis'.

In dit hoofdstuk werd de betekenis van spoedeisende hulp in de perifere ziekenhuizen verder verkend. Er is een berekening gemaakt van de *mate van verslechtering* in de acute zorg voor inwoners van de gebieden rond de ziekenhuizen in Winschoten, Delfzijl en Stadskanaal bij het wegvallen van de spoedeisende hulp. Omdat eerder bleek dat de 45-minuten norm niet aansluit op de realiteit van de acute zorg, is hier 40 minuten als norm voor levensbedreigende aandoeningen (A1) gehanteerd. Deze verwijst naar de zuivere reistijd en dus naar de bereikbaarheid van de acute zorgvoorzieningen.

De analyse wijst uit dat bij sluiting van de spoedeisende hulp in perifere ziekenhuizen de bereikbaarheid van de acute zorg sterk verslechterd. Het aantal A1-patiënten dat er buiten kantooruren langer dan 40 minuten over doet om een ziekenhuis te bereiken neemt met een factor 4 tot 5 toe: van 134 naar 591 personen.

Bijlage 1. Beschikbaarheid van acute zorg is niet vanzelfsprekend

Inleiding

In deze bijlage wordt het belang van de regeling beschikbaarheidsgelden voor de perifere ziekenhuizen in Groningen geschetst. Er wordt ingegaan op een aantal achtergronden die specifiek zijn voor een ziekenhuis in dunbevolkte regio. De regeling wordt toegelicht.

SEH: vitale functie voor een ziekenhuis

Een SEH is een vitale voorziening, niet alleen voor burgers maar ook voor het ziekenhuis zelf. Kenmerkend aan een ziekenhuis is het brede zorgaanbod. Om als ziekenhuis erkend te worden zijn zeven poortspecialismen nodig, waarop 24 uur per dag een beroep kan worden gedaan. In de woorden van een betrokkene die we voor dit onderzoek spraken: 'Een ziekenhuis zonder SEH is geen ziekenhuis'.

Uiteraard zijn er andere modellen voor ziekenhuiszorg denkbaar, zoals een polikliniek als onderdeel van een grotere organisatie of een gespecialiseerd centrum. Dan hebben we het echter niet meer over een ziekenhuis. Deze alternatieven vormen hier niet het uitgangspunt. In dit project wordt uitgegaan van de wens van bereikbare ziekenhuiszorg voor de inwoners van de provincie Groningen.

Financiële situatie kleine ziekenhuizen

De financiële situatie van de drie perifere ziekenhuizen in de provincie Groningen (Delfzicht, St Lucas en Refaja) is krap. Er speelt een aantal ongunstige factoren tegelijkertijd:

- Er zijn relatief weinig patiënten, maar toch moeten de zeven poortspecialismen in stand worden gehouden om een basisziekenhuis te kunnen zijn. Het ziekenhuis is min of meer gedwongen om onredabele specialismen te subsidiëren (loondienst) zodat de ANW diensten per persoon beperkt kunnen blijven.
- Specialisten komen vaak niet aan de 'normproductie' die door verzekeraars wordt geëist. Dit leidt tot een korting op de tarieven.
- Indirect leidt dit ertoe dat een klein ziekenhuis niet als 'topziekenhuis' door de zorgverzekeraar wordt gecontracteerd. Dit scheelt inkomsten.

- Er heeft een reeks van jaarlijkse kortingen van 3,5% op het budget plaatsgevonden.
- Overall staan de tarieven onder druk door scherpere zorginkoop door de zorgverzekeraar.

De financiering van spoedeisende hulp

Inkomsten

De spoedeisende hulp valt onder 'functionele budgettering'. Dat betekent dat deze zorg niet aan de hand van DBC's wordt gefinancierd. Er is geen standaard 'businessmodel' voor een SEH beschikbaar. Hoe ziet het globale plaatje aan kosten en opbrengsten er uit?

Om te beginnen zijn de verdiensten in een SEH gering. Het bezoek aan de spoedeisende hulp wordt vergoed als een eerste polikliniek bezoek (ca €40). Binnen dit tarief valt tevens een aantal kleine verrichtingen. De spoedeisende hulp is voor een ziekenhuis van belang als voorportaal. Een eventuele opname of DBC verrichtingen in vervolg op de spoedeisende hulp leveren meer geld op.

Kosten

Veel van wat er in de SEH gebeurt, wordt uitgevoerd door de mensen die in een ziekenhuis aanwezig zijn, dan wel bereikbaar moeten zijn voor de opgenomen patiënten. Dit wordt vergoed vanuit het specialistenbudget.

De marginale ('extra') kosten van een SEH liggen onder meer op de volgende gebieden:

- extra bereikbaarheid buiten regulier rooster. Bv spoedarts en verpleegkundige;
- accommodatie en afschrijvingen;
- extra activiteiten, zoals het meedoen aan een rampenoefening.

Ruimere formatie

Een ziekenhuis is voor een specialist als ondernemer aantrekkelijk als er voldoende patiënten zijn. Indien er te weinig verdiend kan worden wil men in dienstverband om inkomensgarantie te hebben. En de aantrekkingskracht van een dienstverband hangt onder meer af van de mate van ANW-diensten. 'Als je elke 2 weken weekenddienst hebt, ben je een minder aantrekkelijke werkgever', aldus een betrokkene.

Dat leidt ertoe dat – hoewel 3 tot 4 fte voldoende is voor het rond krijgen van de diensten van bijvoorbeeld gynaecologie – er in de praktijk vaak een ruimere formatie is.

Beschikbaarheidsgelden

Beschikbaarheidsgelden worden ook wel acute gelden genoemd. De regeling is ontstaan omdat in dunbevolkte gebieden spoedeisende ziekenhuisvoorzieningen in principe minder goed bereikbaar zijn:

- grotere afstand tussen patiënt en SEH;
- minder rendabel in verband met lager patiëntenaantal in verzorgingsgebied.

In het tekstvak op bladzijde 36 zijn ter toelichting op de werkwijze van de beschikbaarheidsgelden enkele relevante passages uit CTG-beleidsregel CI-895 opgenomen.

Omvang van de regeling in Nederland en Groningen

De klinische adherentie van een ziekenhuis moet kleiner zijn dan 72.500; het bedrag is gebaseerd op het verschil 72.500-adherentie * €100. De totale omvang van de beschikbaarheidstoeslag in Nederland bedraagt naar schatting €10 miljoen. De omvang van de toeslag wordt vastgesteld in overleg met de ziektekostenverzekeraar. Het is geen recht: partijen moeten het er samen over eens zijn dat het geld wordt aangevraagd bij NZA. De noodzaak van beschikbaarheidsgelden is in het geval van de Groninger ziekenhuizen eenmalig aangetoond. De mate waarin jaarlijks verantwoording wordt afgelegd, verschilt per ziekenhuis. De omvang van de gelden in de provincie Groningen bedraagt €4.2 miljoen, waarvan ca €3.2mln voor de combinatie Delfzicht/St Lucas (€1.8mln voor Delfzicht) en €1mln voor Refaja.

Een aanzienlijk deel van de landelijke beschikbaarheidsgelden is derhalve bestemd voor de ziekenhuizen in de provincie Groningen.

Enkele relevante passages uit BELEIDSREGEL CI-895

2. UITGANGSPUNTEN EN DEFINITIES

De beleidsregel heeft als doel bestaande spoedeisende ziekenhuiszorg op locaties die voor de bereikbaarheid noodzakelijk zijn, beschikbaar te houden. Daartoe biedt de beleidsregel de -mogelijkheid om, ingeval door exploitatieproblemen het in stand houden van een dergelijke locatie in gevaar komt, een toeslag toe te kennen.

Voor de toepassing van deze beleidsregel worden daarbij de volgende begrippen gehanteerd:

- Beschikbare spoedeisende zorg: Er is sprake van beschikbare spoedeisende zorg indien minimaal een spoedeisende eerste hulp verpleegkundige in de ziekenhuislocatie aanwezig is en een medisch specialist binnen 15 minuten op de locatie aanwezig kan zijn. Dit moet 24 uur per etmaal het geval zijn;
- Bereikbare spoedeisende ziekenhuiszorg: Er is sprake van bereikbare spoedeisende ziekenhuiszorg indien een locatie van een ziekenhuis waar spoedeisende zorg beschikbaar is, binnen maximaal 45 minuten aanrijdtijd per ambulance voor een patiënt te bereiken is. In deze 45 minuten is de aanrijdtijd van een ambulance naar de patiënt en het aansluitende vervoer van de patiënt naar de ziekenhuislocatie begrepen.

2. TOEKENNEN EXTRA MIDDELEN VOOR BEREIKBAARHEID

2.1 Ziekenhuizen die aan de in 2.2 genoemde voorwaarden voldoen kunnen voor de kosten van debeschikbaarheid op een locatie een verhoging van de aanvaardbare kosten ontvangen.

2.2 Voorwaarden

2.2.2 Het ziekenhuis dat de extra middelen ontvangt dient zorg te dragen voor een voldoende capaciteit aan medisch specialisten om aan de in hoofdstuk 1 geformuleerde eisen te voldoen. Hiervoor geldt uit hoofde van de kwaliteitseisen die de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) stelt, een absoluut minimum van 2,5 FTE-specialist per vakgroep voor 24-uurs beschikbaarheid. Hieraan kan ook invulling worden gegeven door samenwerking met andere ziekenhuisorganisaties of-locaties.

2.2.3 De klinische adherentie van de locatie waarvoor de toeslag wordt gegeven is minder dan 72.500.

2.2.4 Indien als gevolg van het beschikbaar houden van spoedeisende zorg op de desbetreffende locatie sprake is van exploitatietekorten, waardoor de beschikbaarheid in het gedrang komt, kunnen ziekenhuis en zorgverzekeraars in het lokaal overleg maken afspraken over de wijze waarop de beschikbaarheid wordt geregeld en over de hoogte van de daarmee gemoeide kosten.

2.2.7 Het is lokale partijen toegestaan om andere oplossingen te creëren die voldoen aan de uitgangspunten van deze regeling en die goedkoper of doelmatiger zijn. Dit dient in de afspraken tussen zorgverzekeraar en aanbieder te worden vastgelegd.

3. OMVANG EXTRA FINANCIËLE MIDDELEN

3.1 De extra middelen bedragen ten hoogste een bedrag van € 112,85 per adherente inwoner (klinisch) per locatie. Daarbij wordt het totaal aantal adherente inwoners dat bij de berekening in aanmerking wordt genomen bepaald door het verschil tussen de grenswaarde van 72.500 en de klinische adherentie van de locatie. Bij de aanvraag voor de beschikbaarheidstoeslag dient een document van Prismant te worden toegevoegd met de klinische adherentiecijfers.

3.2 Het bedrag dat onder 3.1 wordt vastgesteld is inclusief een vergoeding voor de loonkosten respectievelijk het honorarium voor de medisch specialisten. Voorzover sprake is van een zogenaamd lokaal initiatief van vrijgevestigde specialisten dient dit bedrag niet als dekking van de lumpsum.

Gevoelige ziekenhuizen in 2008 opnieuw beschouwd

Aanvankelijk vielen 14 ziekenhuizen onder de regeling. Aanrijtijden kunnen verbeteren: door betere infrastructuur of beter spreiding standplaatsen. RIVM heeft daarom in 2008 een nieuwe berekening uitgevoerd, met als conclusie dat nog 6 ziekenhuizen 'gevoelig' zijn, waaronder het Delfzicht-ziekenhuis (deels).

VWS zit in zijn maag met de formulering van de beleidsregel. De Groninger ziekenhuizen zijn met VWS in gesprek over een alternatieve formulering die recht doet aan de geest van het probleem. Er is gesuggereerd om een 'mutatiesysteem' in te stellen, waarin de omvang van de Beschikbaarheidsgelden muteren op basis van de veranderingen in adherentie. Maar deze discussie kent weinig voortgang en blijft hangen op de vraag hoe je in een concurrerend zorgstelsel dit soort problemen regelt. Daarin past de term 'adherentie' niet. De nadruk ligt op productie; en dat is met de acute zorg nu net het probleem.

Tabel B1-1: Overzicht gevoelige ziekenhuizen volgens nieuwe analyse (2008)

Locatienaam	Plaats	Aantal inwoners waarvoor ZKH gevoelig is
Ziekenhuis De Honte	Terneuzen	58.400
Van Weel-Bethesda Ziekenhuis Dirksland	Dirksland	34.500
Gemini Ziekenhuis	Den Helder	33.900
Westfries Gasthuis	Hoorn Nh.	31.800
Antonius Ziekenhuis	Sneek	24.300
Zuiderzeeziekenhuis	Lelystad	21.000
Scheperziekenhuis	Emmen	20.000
Laurentius Ziekenhuis	Roermond	11.000
Ziekenhuis Talma Sionsberg	Dokkum	8.000
Diaconessenhuis Meppel	Meppel	7.100
Oosterschelde ziekenhuis	Goes	5.700
Venlo	Venlo	5.500
Ziekenhuis Walcheren	Vlissingen	4.100
Ziekenhuis Lievensberg	Bergen op Zoom	2.700
St. Jansdal	Harderwijk	2.700
Ruwaard van Putten Ziekenhuis	Spijkensisse	2.100
Streekziekenhuis Koningin Beatrix	Winterswijk	1.900
De Tjongerschans	Heerenveen	1.800
St. Elisabeth Ziekenhuis	Tilburg	1.700
Medisch Centrum Leeuwarden	Leeuwarden	1.600
Delfzicht Ziekenhuis	Delfzijl	1.200
Sophia	Zwolle	700
Medisch Centrum Alkmaar	Alkmaar	500
Lukas	Apeldoorn	100
Wilhelmina Ziekenhuis Assen	Assen	100
totaal		282.400

Bron: drs. S.L.N. Zwakhals, RIVM. Briefrapportnummer: 270142001, 16 april 2008

Besteding beschikbaarheidsgelden

Beschikbaarheidsgelden worden niet geormerkt besteed; het is een bijdrage aan het budget dat voor de specifieke problemen van de kleine ziekenhuizen wordt ingezet. In de praktijk is dat vaak de SEH want daar wordt het meeste geld op toegelegd. Het is dan ook niet gek om te veronderstellen dat de spoedzorg zal sneuvelen als deze middelen wegvallen. De bijdrage aan het budget is van dien aard dat er flinke ingrepen moeten worden gedaan. Dat betekent dat er naar functies (zoals de SEH) wordt gekeken.

Conclusie

Het is lastig om een SEH in een klein ziekenhuis in stand te houden. Bij een groot ziekenhuis met een grote adherentie is een SEH rendabel en betaalt de SEH zich bovendien terug via de vervolgonnames. Bij een klein ziekenhuis is extra financiering nodig wegens geringe aanloop. Dit gaat nu in de vorm van de Beschikbaarheidsgelden, waarbij het ziekenhuis ervoor kiest om deze met name te bestemmen voor acute zorg. De beschikbaarheidsgelden zouden echter ook kunnen worden bestemd voor IC of een andere vitale functie.

Het probleem van het in de lucht houden van de SEH is sterk verweven met de positie van het ziekenhuis als geheel.

Bijlage 2. Tabellen

- algemeen
- verdieping naar gemeente
 - bevolkingsomvang
 - aantal A1 ritten
 - aantal ritten buiten norm
 - gemiddelde tijdsoverschrijding
- aandoeningen
 - aantal en % overschrijdingen naar aanrijtijd

Tabel B2-1. Verwijzingen naar perifere ziekenhuizen naar herkomst

	zelfverwijzer			huisarts			ambulance			overig		
	Delfzi	StLuc	Refa	Delfzi	StLuc	Refa	Delfzi	StLuc	Refa	Delfzi	StLuc	Refa
Appingedam	41	2		279	9	2	116	4	1	19	3	3
Bedum	1			10	1	1	1	1				
Bellingwedde		41	7	2	229	19	2	96	10		16	3
De Marne	2			4	1					2	1	
Delfzijl	120	1	3	850	26	3	284	8		32	6	3
Eemsumond	19			272		4	62	1		10	2	
Groningen	4	3	8	9	6	7	2	7	6	2	2	2
Grootegeest							1	1				
Haren						2	1		2			1
H-S	4	5	6	8	50	13	3	12	5	2	2	
Leek			1		3	1		5				
Loppersum	13			183	1	1	49	1		10	2	
Marum				1	6			2				
Menterwolde		20	6	9	221	18	1	45	16		18	
Pekela		43	33	4	297	139	2	122	42	1	19	11
Reiderland		27	2	12	202	8	4	73	1	2	18	2
Scheemda	3	60	3	54	326	6	22	100	2	3	34	2
Slochteren	18	1	1	192	8		35	3	2	5	2	
Stadskanaal	1	6	296	3	39	949	2	10	427	2	3	60
Ten Boer	2		1	69	2		16			1		
Veendam	1	17	93	6	221	467	4	71	176		18	41
Vlagtwedde		11	63	2	94	282	1	30	146	1	4	24
Winschoten	1	126	6	5	602	13	6	198	5	1	42	3
Winsum		1		4			3			1		1
Zuidhorn	1			2	2	1	1	1	1			
Total	231	364	529	1980	2346	1936	618	791	842	94	192	156

Tabel B2-2: verdieping aanrijtijden per gemeente en wijk (15 minuten norm) A1, 2008

		bev	n A1 ritten	% aanrij op tijd	n ritten buiten 15m norm	min. te laat robuust M
Appingedam	Wijk 00	12190	198	99,0	2	3,5
Bedum	Wijk 00	10600	127	90,6	12	3,0
Bellingwedde	Wijk 00 Bellingwolde	4320	86	89,5	9	3,0
	Wijk 01 Oost	1020	12	83,3	2	4,0
	Wijk 02 Blijham	4180	62	93,5	4	4,0
De Marne	Wijk 00	3520	60	90,0	6	4,8
	Wijk 01	3390	52	96,2	2	4,0
	Wijk 02	2310	28	96,4	1	10,0
	Wijk 03	1540	32	96,9	1	13,0
Delfzijl	Wijk 00 Stad	18910	333	98,8	4	2,0
	Wijk 01 Land	770	24	91,7	2	1,0
	Wijk 02	3900	48	81,3	9	2,1
	Wijk 03	4080	60	98,3	1	1,0
Eemsmond	Wijk 00	5710	115	92,2	9	4,8
	Wijk 01	5180	62	90,3	6	2,2
	Wijk 02	1810	16	93,8	1	1,0
	Wijk 03	1550	24	100,0	0	.
	Wijk 04	2460	24	87,5	3	2,0
Groningen	Wijk 00 Binnenstad	16050	401	99,0	4	8,1
	Wijk 01 Schilders- en Zeeheldenwijk	22430	337	98,2	6	3,7
	Wijk 02 Oranjewijk	23140	367	98,9	4	6,2
	Wijk 03 Korrewegwijk	16710	193	98,4	3	6,0
	Wijk 04 Oosterparkwijk	10550	267	98,9	3	5,5
	Wijk 05 Oosterpoortwijk	7660	147	95,2	7	4,4
	Wijk 06 Herewegwijk en Helpman	22940	245	97,6	6	5,0
	Wijk 07 Stadsparkwijk	15140	241	98,3	4	4,9
	Wijk 08 Hoogkerk	14100	139	95,0	7	2,1
	Wijk 09 Noorddijk	32880	360	96,7	12	2,4
Grootegast	Wijk 00 Grootegast	5360	59	88,1	7	1,9
	Wijk 01 Lutjegast	1190	7	28,6	5	2,2
	Wijk 02 Opende	2860	26	84,6	4	3,5
	Wijk 03 Oldekerk	2730	37	70,3	11	3,1
Haren	Wijk 00 Centrum	16970	227	96,0	9	3,6
	Wijk 01 Land	1840	24	70,8	7	5,3
Hoogezand- Sappemeer	Wijk 01 Foxham en Hoogezand- Noord	6170	153	96,1	6	3,0
	Wijk 02 Hoogezand-Zuid	12530	217	89,4	23	2,8
	Wijk 03 Kalkwijk	2670	48	93,8	3	1,7
	Wijk 05 Kiel-Windeweer	920	11	90,9	1	1,0
	Wijk 06 Kropswolde	1740	27	88,9	3	2,2
	Wijk 07 Foxhol	1050	22	95,5	1	3,0

	Wijk 08 Westerbroek	870	19	84,2	3	2,2
	Wijk 09 Waterhuizen	30	4	100,0	0	.
	Wijk 11 Sappemeer	8410	112	86,6	15	3,3
Leek	Wijk 00 Leek	9720	171	94,7	9	2,5
	Wijk 01 Zevenhuizen	2830	39	87,2	5	3,0
	Wijk 02 Tolbert	4940	38	100,0	0	.
	Wijk 04 Midwolde	440	7	100,0	0	.
	Wijk 05 Lettelbert	190	5	80,0	1	1,0
	Wijk 06 Oostwold	680	5	60,0	2	2,0
	Wijk 07 Enumatil	380	2	50,0	1	4,0
Loppersum	Wijk 00	3990	55	83,6	9	2,1
	Wijk 01 Stedum	1750	13	69,2	4	3,0
	Wijk 02 Middelstum	2800	38	78,9	8	2,6
	Wijk 03 't Zandt	2240	26	96,2	1	2,0
Marum	Wijk 00 Marum	7790	88	95,5	4	4,8
	Wijk 01 De Wilp	2280	28	92,9	2	3,0
Menterwolde	Wijk 00 Zuidbroek	3910	51	94,1	3	2,8
	Wijk 01 Noordbroek	1960	22	86,4	3	3,0
	Wijk 02	1830	12	83,3	2	15,0
	Wijk 03	4860	62	87,1	8	2,1
Pekela	Wijk 00	8540	154	100,0	0	.
	Wijk 01	4760	81	82,7	14	2,3
Reiderland	Wijk 01 Finsterwolde	2400	44	88,6	5	1,8
	Wijk 02 Drieborg	520	8	62,5	3	1,7
	Wijk 03 Beerta	2450	39	97,4	1	7,0
	Wijk 04 Nieuw-Beerta	120	3	100,0	0	.
	Wijk 05 Nieuweschans	1510	23	91,3	2	4,5
Scheemda	Wijk 00 Scheemda-Heiligerlee	6580	96	94,8	5	2,2
	Wijk 01 Westerlee	1600	10	100,0	0	.
	Wijk 02 Noord	670	10	60,0	4	2,1
	Wijk 03 Midwolda	3820	47	91,5	4	11,5
	Wijk 04 Nieuwolda	1450	26	69,2	8	1,5
Slochteren	Wijk 00 Slochteren-Kolham	4850	61	88,5	7	4,1
	Wijk 01 Schildwolde-Hellum	2100	13	76,9	3	2,2
	Wijk 02 Siddeburen	3830	64	95,3	3	2,3
	Wijk 03 Harkstede	3750	49	85,7	7	2,3
	Wijk 04 Overschild	660	5	80,0	1	2,0
Stadskanaal	Wijk 01 Stadskanaal	20370	398	97,2	11	3,2
	Wijk 02 Musselkanaal	7820	132	97,0	4	11,8
	Wijk 03 Onstwedde	3040	38	94,7	2	5,5
	Wijk 04 Mussel	1610	21	95,2	1	4,0
	Wijk 05 Alteveer	1280	8	87,5	1	5,0
Ten Boer	Wijk 00 West	5780	60	90,0	6	4,0
	Wijk 01 Oost	1470	14	64,3	5	3,4
Veendam	Wijk 00 Veendam-kern	20340	350	91,7	29	2,2
	Wijk 01 Veendam-buitengebied	2230	31	77,4	7	2,1

	Wijk 02 Wildervank	5550	66	84,8	10	1,6
Vlagtwedde	Wijk 00 Sellingen	1930	25	60,0	10	2,2
	Wijk 01 Vlagtwedde	2680	35	82,9	6	1,6
	Wijk 02 Bourtange	1220	26	73,1	7	2,4
	Wijk 03 Sellingerbeetse	740	12	75,0	3	2,2
	Wijk 04 Ter Apel	8850	215	94,4	12	2,3
	Wijk 05 Ter Wisch	340	4	100,0	0	.
	Wijk 06 de Maten	840	5	100,0	0	.
Winschoten	Wijk 00	18470	327	98,5	5	10,3
Winsum	Wijk 00	7680	87	89,7	9	2,3
	Wijk 01	1630	16	75,0	4	2,8
	Wijk 02	2760	29	93,1	2	3,5
	Wijk 03	1940	9	100,0	0	.
Zuidhorn	Wijk 00	9060	101	82,2	18	2,8
	Wijk 01	4000	19	68,4	6	2,8
	Wijk 02	2280	28	82,1	5	1,8
	Wijk 03	3120	27	88,9	3	2,0

Tabel B2-3: verdieping tijden van P naar zkh per gemeente en wijk (25 minuten norm) A1, 2008

		bev	n A1 ritten	% van p naar zkh op tijd	n ritten buiten 25min	min. van p tot zkh te laat robuust M
Appingedam	Wijk 00	12190	198	94,4	11	1,7
Bedum	Wijk 00	10600	127	96,9	4	9,0
Bellingwedde	Wijk 00 Bellingwolde	4320	86	88,4	10	5,1
	Wijk 01 Oost	1020	12	50,0	6	7,6
	Wijk 02 Blijham	4180	62	82,3	11	3,6
De Marne	Wijk 00	3520	60	30,0	42	7,0
	Wijk 01	3390	52	38,5	32	4,8
	Wijk 02	2310	28	32,1	19	4,4
	Wijk 03	1540	32	18,8	26	7,4
Delfzijl	Wijk 00 Stad	18910	333	96,1	13	8,2
	Wijk 01 Land	770	24	95,8	1	3,0
	Wijk 02	3900	48	91,7	4	3,4
	Wijk 03	4080	60	96,7	2	4,0
Eemsmond	Wijk 00	5710	115	78,3	25	3,3
	Wijk 01	5180	62	90,3	6	8,1
	Wijk 02	1810	16	87,5	2	3,5
	Wijk 03	1550	24	50,0	12	2,2
	Wijk 04	2460	24	62,5	9	7,1
Groningen	Wijk 00 Binnenstad	16050	401	99,5	2	8,0
	Wijk 01 Schilders- en Zeeheldenwijk	22430	337	97,9	7	7,7
	Wijk 02 Oranjewijk	23140	367	98,4	6	7,1
	Wijk 03 Korrewegwijk	16710	193	98,4	3	8,7
	Wijk 04 Oosterparkwijk	10550	267	97,8	6	7,3
	Wijk 05 Oosterpoortwijk	7660	147	99,3	1	15,0
	Wijk 06 Herewegwijk en Helpman	22940	245	98,4	4	9,9
	Wijk 07 Stadsparkwijk	15140	241	99,6	1	3,0
	Wijk 08 Hoogkerk	14100	139	100,0	0	.
	Wijk 09 Noorddijk	32880	360	99,7	1	5,0
Grootegast	Wijk 00 Grootegast	5360	59	86,4	8	2,2
	Wijk 01 Lutjegast	1190	7	100,0	0	.
	Wijk 02 Opende	2860	26	96,2	1	4,9
	Wijk 03 Oldekerk	2730	37	100,0	0	.
Haren	Wijk 00 Centrum	16970	227	98,7	3	5,0
	Wijk 01 Land	1840	24	100,0	0	.
Hoogezand- Sappemeer	Wijk 01 Foxham en Hoogezand-Noord	6170	153	97,4	4	2,9
	Wijk 02 Hoogezand-Zuid	12530	217	94,9	11	2,7
	Wijk 03 Kalkwijk	2670	48	95,8	2	13,0
	Wijk 05 Kiel-Windeweer	920	11	63,6	4	3,1
	Wijk 06 Kropswolde	1740	27	92,6	2	3,0
	Wijk 07 Foxhol	1050	22	95,5	1	6,0
	Wijk 08 Westerbroek	870	19	94,7	1	6,0

	Wijk 09 Waterhuizen	30	4	100,0	0	.
	Wijk 11 Sappemeer	8410	112	97,3	3	1,5
Leek	Wijk 00 Leek	9720	171	98,2	3	9,7
	Wijk 01 Zevenhuizen	2830	39	87,2	5	1,7
	Wijk 02 Tolbert	4940	38	97,4	1	14,0
	Wijk 04 Midwolde	440	7	85,7	1	4,0
	Wijk 05 Lettelbert	190	5	100,0	0	.
	Wijk 06 Oostwold	680	5	80,0	1	35,0
	Wijk 07 Enumatil	380	2	100,0	0	.
Loppersum	Wijk 00	3990	55	92,7	4	5,5
	Wijk 01 Stedum	1750	13	92,3	1	24,0
	Wijk 02 Middelstum	2800	38	94,7	2	7,0
	Wijk 03 't Zandt	2240	26	96,2	1	1,0
Marum	Wijk 00 Marum	7790	88	97,7	2	2,5
	Wijk 01 De Wilp	2280	28	92,9	2	4,0
Menterwolde	Wijk 00 Zuidbroek	3910	51	96,1	2	11,5
	Wijk 01 Noordbroek	1960	22	100,0	0	.
	Wijk 02	1830	12	100,0	0	.
	Wijk 03	4860	62	85,5	9	2,2
Pekela	Wijk 00	8540	154	91,6	13	6,9
	Wijk 01	4760	81	85,2	12	7,8
Reiderland	Wijk 01 Finsterwolde	2400	44	95,5	2	2,5
	Wijk 02 Drieborg	520	8	87,5	1	4,0
	Wijk 03 Beerta	2450	39	97,4	1	2,0
	Wijk 04 Nieuw-Beerta	120	3	66,7	1	4,0
	Wijk 05 Nieuweschans	1510	23	95,7	1	8,0
Scheemda	Wijk 00 Scheemda-Heiligerlee	6580	96	99,0	1	1,0
	Wijk 01 Westerlee	1600	10	100,0	0	.
	Wijk 02 Noord	670	10	100,0	0	.
	Wijk 03 Midwolda	3820	47	93,6	3	4,3
	Wijk 04 Nieuwolda	1450	26	96,2	1	1,0
Slochteren	Wijk 00 Slochteren-Kolham	4850	61	93,4	4	3,4
	Wijk 01 Schildwolde-Hellum	2100	13	92,3	1	8,0
	Wijk 02 Siddeburen	3830	64	84,4	10	2,6
	Wijk 03 Harkstede	3750	49	98,0	1	1,0
	Wijk 04 Overschild	660	5	80,0	1	5,0
Stadskanaal	Wijk 01 Stadskanaal	20370	398	92,2	31	4,0
	Wijk 02 Musselkanaal	7820	132	89,4	14	5,1
	Wijk 03 Onstwedde	3040	38	89,5	4	4,9
	Wijk 04 Mussel	1610	21	90,5	2	5,0
	Wijk 05 Alteveer	1280	8	100,0	0	.
Ten Boer	Wijk 00 West	5780	60	98,3	1	10,0
	Wijk 01 Oost	1470	14	100,0	0	.
Veendam	Wijk 00 Veendam-kern	20340	350	84,0	56	3,8
	Wijk 01 Veendam-buitengebied	2230	31	80,6	6	1,9

	Wijk 02 Wildervank	5550	66	89,4	7	4,9
Vlagtwedde	Wijk 00 Sellingen	1930	25	72,0	7	1,4
	Wijk 01 Vlagtwedde	2680	35	94,3	2	9,5
	Wijk 02 Bourtange	1220	26	84,6	4	16,7
	Wijk 03 Sellingerbeetse	740	12	83,3	2	9,0
	Wijk 04 Ter Apel	8850	215	87,0	28	8,4
	Wijk 05 Ter Wisch	340	4	50,0	2	5,5
	Wijk 06 de Maten	840	5	80,0	1	11,0
Winschoten	Wijk 00	18470	327	96,9	10	8,1
Winsum	Wijk 00	7680	87	85,1	13	2,8
	Wijk 01	1630	16	75,0	4	4,5
	Wijk 02	2760	29	58,6	12	4,4
	Wijk 03	1940	9	77,8	2	4,0
Zuidhorn	Wijk 00	9060	101	97,0	3	2,0
	Wijk 01	4000	19	84,2	3	4,7
	Wijk 02	2280	28	71,4	8	2,2
	Wijk 03	3120	27	96,3	1	5,0

Tabel B2-4: verdieping totale reistijden tijden per gemeente en wijk (40 minuten norm) A1, 2008

		bev	n A1 ritten	% totale reistijd op tijd	n ritten buiten 40min norm	min. te laat robuust M
Appingedam	Wijk 00	12190	198	99,5	1	16,0
Bedum	Wijk 00	10600	127	98,4	2	15,5
Bellingwedde	Wijk 00 Bellingwolde	4320	86	89,5	9	3,8
	Wijk 01 Oost	1020	12	50,0	6	4,5
	Wijk 02 Blijham	4180	62	91,9	5	7,7
De Marne	Wijk 00	3520	60	51,7	29	5,3
	Wijk 01	3390	52	76,9	12	3,5
	Wijk 02	2310	28	67,9	9	7,3
	Wijk 03	1540	32	59,4	13	6,4
Delfzijl	Wijk 00 Stad	18910	333	98,2	6	5,1
	Wijk 01 Land	770	24	100,0	0	.
	Wijk 02	3900	48	93,8	3	12,3
	Wijk 03	4080	60	98,3	1	4,0
Eemsmond	Wijk 00	5710	115	91,3	10	10,7
	Wijk 01	5180	62	95,2	3	6,1
	Wijk 02	1810	16	93,8	1	1,0
	Wijk 03	1550	24	83,3	4	3,3
	Wijk 04	2460	24	70,8	7	5,9
Groningen	Wijk 00 Binnenstad	16050	401	99,8	1	2,0
	Wijk 01 Schilders- en Zeeheldenwijk	22430	337	99,1	3	23,0
	Wijk 02 Oranjewijk	23140	367	98,6	5	9,0
	Wijk 03 Korrewegwijk	16710	193	100,0	0	.
	Wijk 04 Oosterparkwijk	10550	267	98,1	5	2,6
	Wijk 05 Oosterpoortwijk	7660	147	99,3	1	16,0
	Wijk 06 Herewegwijk en Helpman	22940	245	99,2	2	9,5
	Wijk 07 Stadsparkwijk	15140	241	100,0	0	.
	Wijk 08 Hoogkerk	14100	139	99,3	1	17,0
	Wijk 09 Noorddijk	32880	360	99,7	1	7,0
Grootegast	Wijk 00 Grootegast	5360	59	91,5	5	5,4
	Wijk 01 Lutjegast	1190	7	85,7	1	5,0
	Wijk 02 Opende	2860	26	92,3	2	3,5
	Wijk 03 Oldekerk	2730	37	94,6	2	4,5
Haren	Wijk 00 Centrum	16970	227	99,1	2	12,5
	Wijk 01 Land	1840	24	95,8	1	2,0
Hoogezand- Sappemeer	Wijk 01 Foxham en Hoogezand-Noord	6170	153	98,7	2	12,5
	Wijk 02 Hoogezand-Zuid	12530	217	97,7	5	14,9
	Wijk 03 Kalkwijk	2670	48	95,8	2	7,0
	Wijk 05 Kiel-Windeweer	920	11	81,8	2	13,0
	Wijk 06 Kropswolde	1740	27	96,3	1	31,0
	Wijk 07 Foxhol	1050	22	100,0	0	.

	Wijk 08 Westerbroek	870	19	94,7	1	1,0
	Wijk 09 Waterhuizen	30	4	100,0	0	.
	Wijk 11 Sappemeer	8410	112	97,3	3	2,1
Leek	Wijk 00 Leek	9720	171	97,7	4	9,1
	Wijk 01 Zevenhuizen	2830	39	92,3	3	6,5
	Wijk 02 Tolbert	4940	38	97,4	1	2,0
	Wijk 04 Midwolde	440	7	100,0	0	.
	Wijk 05 Lettelbert	190	5	100,0	0	.
	Wijk 06 Oostwold	680	5	60,0	2	17,0
	Wijk 07 Enumatil	380	2	100,0	0	.
Loppersum	Wijk 00	3990	55	94,5	3	4,5
	Wijk 01 Stedum	1750	13	92,3	1	23,0
	Wijk 02 Middelstum	2800	38	89,5	4	5,5
	Wijk 03 't Zandt	2240	26	100,0	0	.
Marum	Wijk 00 Marum	7790	88	98,9	1	4,0
	Wijk 01 De Wilp	2280	28	100,0	0	.
Menterwolde	Wijk 00 Zuidbroek	3910	51	96,1	2	10,0
	Wijk 01 Noordbroek	1960	22	95,5	1	3,0
	Wijk 02	1830	12	91,7	1	20,0
	Wijk 03	4860	62	93,5	4	5,5
Pekela	Wijk 00	8540	154	95,5	7	6,0
	Wijk 01	4760	81	88,9	9	10,5
Reiderland	Wijk 01 Finsterwolde	2400	44	95,5	2	3,0
	Wijk 02 Drieborg	520	8	87,5	1	5,0
	Wijk 03 Beerta	2450	39	100,0	0	.
	Wijk 04 Nieuw-Beerta	120	3	66,7	1	4,0
	Wijk 05 Nieuweschans	1510	23	95,7	1	3,0
Scheemda	Wijk 00 Scheemda-Heiligerlee	6580	96	100,0	0	.
	Wijk 01 Westerlee	1600	10	100,0	0	.
	Wijk 02 Noord	670	10	90,0	1	12,0
	Wijk 03 Midwolda	3820	47	93,6	3	21,7
	Wijk 04 Nieuwolda	1450	26	100,0	0	.
Slochteren	Wijk 00 Slochteren-Kolham	4850	61	95,1	3	3,3
	Wijk 01 Schildwolde-Hellum	2100	13	92,3	1	14,0
	Wijk 02 Siddeburen	3830	64	95,3	3	12,0
	Wijk 03 Harkstede	3750	49	100,0	0	.
	Wijk 04 Overschild	660	5	80,0	1	1,0
Stadskanaal	Wijk 01 Stadskanaal	20370	398	97,2	11	4,9
	Wijk 02 Musselkanaal	7820	132	94,7	7	9,2
	Wijk 03 Onstwedde	3040	38	94,7	2	14,5
	Wijk 04 Mussel	1610	21	100,0	0	.
	Wijk 05 Alteveer	1280	8	100,0	0	.
Ten Boer	Wijk 00 West	5780	60	98,3	1	10,0
	Wijk 01 Oost	1470	14	100,0	0	.
Veendam	Wijk 00 Veendam-kern	20340	350	92,6	26	6,1

	Wijk 01 Veendam-buitengebied	2230	31	87,1	4	2,8
	Wijk 02 Wildervank	5550	66	90,9	6	4,3
Vlagtwedde	Wijk 00 Sellingen	1930	25	64,0	9	2,8
	Wijk 01 Vlagtwedde	2680	35	94,3	2	8,5
	Wijk 02 Bourtange	1220	26	76,9	6	7,5
	Wijk 03 Sellingerbeetse	740	12	83,3	2	5,5
	Wijk 04 Ter Apel	8850	215	90,2	21	7,8
	Wijk 05 Ter Wisch	340	4	75,0	1	5,0
	Wijk 06 de Maten	840	5	80,0	1	5,0
Winschoten	Wijk 00	18470	327	98,2	6	6,8
Winsum	Wijk 00	7680	87	90,8	8	3,9
	Wijk 01	1630	16	87,5	2	8,0
	Wijk 02	2760	29	72,4	8	4,6
	Wijk 03	1940	9	100,0	0	.
Zuidhorn	Wijk 00	9060	101	97,0	3	5,1
	Wijk 01	4000	19	84,2	3	3,2
	Wijk 02	2280	28	85,7	4	3,0
	Wijk 03	3120	27	100,0	0	.

Tabel B2-5: verdieping totale tijden per gemeente en wijk (45 minuten norm) A1, 2008

		aantal inwoners	aantal A1 ritten	% totale tijden op tijd	aantal ritten buiten norm totale tijd	gem. robust min. overschrijdin g totale tijd
Appingedam	Wijk 00	12190	198	68,7	62	10,5
Bedum	Wijk 00	10600	127	32,3	86	10,3
Bellingwedde	Wijk 00 Bellingwolde	4320	86	25,6	64	10,9
	Wijk 01 Oost	1020	12	,0	12	16,3
	Wijk 02 Blijham	4180	62	43,5	35	12,4
De Marne	Wijk 00	3520	60	1,7	59	18,7
	Wijk 01	3390	52	15,4	44	15,9
	Wijk 02	2310	28	7,1	26	17,9
	Wijk 03	1540	32	9,4	29	20,8
Delfzijl	Wijk 00 Stad	18910	333	74,5	85	10,1
	Wijk 01 Land	770	24	45,8	13	10,4
	Wijk 02	3900	48	20,8	38	12,1
	Wijk 03	4080	60	50,0	30	7,4
Eemsmond	Wijk 00	5710	115	11,3	102	14,7
	Wijk 01	5180	62	37,1	39	13,0
	Wijk 02	1810	16	18,8	13	13,9
	Wijk 03	1550	24	16,7	20	13,8
	Wijk 04	2460	24	,0	24	14,2
Groningen	Wijk 00 Binnenstad	16050	401	94,0	24	7,2
	Wijk 01 Schilders- en Zeeheldenwijk	22430	337	76,0	81	7,2
	Wijk 02 Oranjewijk	23140	367	81,5	68	7,8
	Wijk 03 Korrewegwijk	16710	193	85,0	29	8,6
	Wijk 04 Oosterparkwijk	10550	267	92,5	20	6,6
	Wijk 05 Oosterpoortwijk	7660	147	77,6	33	9,1
	Wijk 06 Herewegwijk en Helpman	22940	245	83,3	41	9,2
	Wijk 07 Stadsparkwijk	15140	241	87,1	31	8,1
	Wijk 08 Hoogkerk	14100	139	63,3	51	6,1
	Wijk 09 Noorddijk	32880	360	69,4	110	7,4
Grootegast	Wijk 00 Grootegast	5360	59	15,3	50	12,1
	Wijk 01 Lutjegast	1190	7	28,6	5	15,4
	Wijk 02 Opende	2860	26	34,6	17	15,0
	Wijk 03 Oldekerk	2730	37	24,3	28	13,3
Haren	Wijk 00 Centrum	16970	227	68,7	72	6,7
	Wijk 01 Land	1840	24	58,3	10	11,6
Hoogezand- Sappemeer	Wijk 01 Foxham en Hoogezand-Noord	6170	153	52,9	72	7,6
	Wijk 02 Hoogezand- Zuid	12530	217	19,8	174	10,4
	Wijk 03 Kalkwijk	2670	48	43,8	27	9,0
	Wijk 05 Kiel- Windeweer	920	11	,0	11	14,2
	Wijk 06 Kropswolde	1740	27	25,9	20	11,2

	Wijk 07 Foxhol	1050	22	36,4	14	5,7
	Wijk 08 Westerbroek	870	19	36,8	12	7,0
	Wijk 09 Waterhuizen	30	4	50,0	2	3,0
	Wijk 11 Sappemeer	8410	112	33,0	75	9,8
Leek	Wijk 00 Leek	9720	171	41,5	100	7,4
	Wijk 01 Zevenhuizen	2830	39	7,7	36	12,5
	Wijk 02 Tolbert	4940	38	52,6	18	5,2
	Wijk 04 Midwolde	440	7	42,9	4	4,0
	Wijk 05 Lettelbert	190	5	40,0	3	10,8
	Wijk 06 Oostwold	680	5	20,0	4	17,5
	Wijk 07 Enumatil	380	2	,0	2	10,5
Loppersum	Wijk 00	3990	55	32,7	37	12,5
	Wijk 01 Stedum	1750	13	7,7	12	12,3
	Wijk 02 Middelstum	2800	38	10,5	34	13,8
	Wijk 03 't Zandt	2240	26	38,5	16	9,7
Marum	Wijk 00 Marum	7790	88	40,9	52	9,6
	Wijk 01 De Wilp	2280	28	14,3	24	11,6
Menterwolde	Wijk 00 Zuidbroek	3910	51	33,3	34	11,3
	Wijk 01 Noordbroek	1960	22	45,5	12	12,9
	Wijk 02	1830	12	25,0	9	11,3
	Wijk 03	4860	62	17,7	51	12,1
Pekela	Wijk 00	8540	154	56,5	67	8,7
	Wijk 01	4760	81	24,7	61	11,4
Reiderland	Wijk 01 Finsterwolde	2400	44	47,7	23	7,1
	Wijk 02 Drieborg	520	8	12,5	7	5,3
	Wijk 03 Beerta	2450	39	56,4	17	10,9
	Wijk 04 Nieuw-Beerta	120	3	,0	3	10,9
	Wijk 05 Nieuweschans	1510	23	39,1	14	12,1
Scheemda	Wijk 00 Scheemda-Heiligerlee	6580	96	53,1	45	12,8
	Wijk 01 Westerlee	1600	10	60,0	4	6,1
	Wijk 02 Noord	670	10	20,0	8	17,0
	Wijk 03 Midwolda	3820	47	42,6	27	8,4
	Wijk 04 Nieuwolda	1450	26	7,7	24	12,6
Slochteren	Wijk 00 Slochteren-Kolham	4850	61	23,0	47	7,6
	Wijk 01 Schildwolde-Hellum	2100	13	15,4	11	14,0
	Wijk 02 Siddeburen	3830	64	32,8	43	11,0
	Wijk 03 Harkstede	3750	49	28,6	35	8,2
	Wijk 04 Overschild	660	5	,0	5	14,6
Stadskanaal	Wijk 01 Stadskanaal	20370	398	76,4	94	9,8
	Wijk 02 Musselkanaal	7820	132	50,8	65	10,8
	Wijk 03 Onstwedde	3040	38	36,8	24	7,7
	Wijk 04 Mussel	1610	21	42,9	12	7,8
	Wijk 05 Alteveer	1280	8	75,0	2	7,0
Ten Boer	Wijk 00 West	5780	60	23,3	46	10,5

	Wijk 01 Oost	1470	14	7,1	13	15,4
Veendam	Wijk 00 Veendam-kern	20340	350	27,7	253	10,8
	Wijk 01 Veendam-buitengebied	2230	31	12,9	27	12,4
Vlagtwedde	Wijk 02 Wildervank	5550	66	31,8	45	12,1
	Wijk 00 Sellingen	1930	25	8,0	23	22,2
	Wijk 01 Vlagtwedde	2680	35	22,9	27	8,4
	Wijk 02 Bourtange	1220	26	7,7	24	15,5
	Wijk 03 Sellingerbeetse	740	12	25,0	9	13,3
	Wijk 04 Ter Apel	8850	215	26,5	158	11,7
	Wijk 05 Ter Wisch	340	4	25,0	3	31,0
	Wijk 06 de Maten	840	5	,0	5	16,3
Winschoten	Wijk 00	18470	327	82,0	59	10,4
Winsum	Wijk 00	7680	87	24,1	66	12,9
	Wijk 01	1630	16	12,5	14	20,3
	Wijk 02	2760	29	6,9	27	15,1
	Wijk 03	1940	9	33,3	6	6,3
	Wijk 00	9060	101	26,7	74	8,3
Zuidhorn	Wijk 01	4000	19	26,3	14	14,0
	Wijk 02	2280	28	3,6	27	14,1
	Wijk 03	3120	27	48,1	14	8,4

Bijlage 3. Overschrijdingen naar aandoening en gemeente

Tabel B3-1. Overschrijding 15 minuten norm (tijd melding tot p) naar aandoening en gemeente (2008) - deel 1

Diagnose	Appingedam		Bedum		Bellingwedde		De Marne		Delfzijl		Eemsmond		Groningen		Grotegast		Haren		Hoogezand-Sappemeer		Leek		Loppersum		Marum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acute buik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ademhalingsmoeilijkheden	0	0,0	1(*)	9,1	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	11,4	1	4,3	2	16,7	4	9,5	2	13,3	0	0,0	0	0,0
Agina pectoris	1	100,0	6	54,5	5	45,5	2	25,0	5	38,5	3	23,1	9	25,7	8	34,8	3	25,0	17	40,5	4	26,7	4	25,0	1	50,0
Astma cardiale	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bedrijfsongeval	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CVA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	23,1	1	7,7	2	5,7	1	4,3	0	0,0	5	11,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Decompensatio cordis	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	6,3	0	0,0
Diabetes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Epilepsie	0	0,0	2	18,2	1	9,1	0	0,0	1	7,7	1	7,7	0	0,0	0	0,0	1	8,3	1	2,4	0	0,0	3	18,8	0	0,0
Fluxus na partu	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gynaecologie / obstetrie / verloskamer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,8	0	0,0	1	6,3	0	0,0
Hartinfarct / Coronair lijden	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hartritmestoornissen	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	1	8,3	1	2,4	0	0,0	2	12,5	0	0,0
Huisongeval	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	2	15,4	1	2,9	0	0,0	0	0,0	2	4,8	0	0,0	1	6,3	0	0,0
In partu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	13,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Intern algemeen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	2	5,7	1	4,3	3	25,0	1	2,4	1	6,7	1	6,3	0	0,0
Intoxicatie oraal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Met couveuse	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mishandeling	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Onwelwording	0	0,0	0	0,0	1	9,1	2	25,0	2	15,4	1	7,7	9	25,7	3	13,0	1	8,3	4	9,5	2	13,3	0	0,0	0	0,0
Overig	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0	1	50,0
Shock	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sportongeval	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Straatongeval	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	15,4	3	8,6	0	0,0	0	0,0	1	2,4	0	0,0	1	6,3	0	0,0
Trombose / Embolie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Verkeersongeval	0	0,0	1	9,1	1	9,1	2	25,0	1	7,7	1	7,7	2	5,7	3	13,0	0	0,0	1	2,4	6	40,0	1	6,3	0	0,0
Zelfmoordpoging	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	6,3	0	0,0
Zelfmoordpoging (medicijnen)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
totaal	1	100,0	11	100,0	11	100,0	8	100,0	13	100,0	13	100,0	35	100,0	23	100,0	12	100,0	42	100,0	15	100,0	16	100,0	2	100,0

(*) leeswijzer: de tijdsoverschrijding >15minuten bij de aandoening ademhalingsmoeilijkheden buik kwam in Bedum in 2008 voor in 1 geval; dit was 9,1% van het aantal overschrijdingen in Bedum

Tabel B3-1. Overschrijding 15 minuten norm (tijd melding tot p) naar aandoening en gemeente (2008) - deel 2

Diagnose	Menterwolde		Pekela		Reiderland		Scheemda		Slochteren		Stadskanaal		Ten Boer		Veendam		Vlagtwedde		Winschoten		Winsum		Zuidhorn	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acute buik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,7
Ademhalingsmoeilijkheden	1	10,0	2	18,2	1	14,3	1	5,9	2	10,0	5	41,7	0	0,0	2	6,3	5	20,8	0	0,0	0	0,0	3	11,5
Agina pectoris	3	30,0	6	54,5	2	28,6	7	41,2	6	30,0	3	25,0	2	33,3	13	40,6	7	29,2	1	33,3	3	23,1	6	23,1
Astma cardiale	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bedrijfsongeval	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CVA	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9	2	10,0	1	8,3	0	0,0	2	6,3	3	12,5	0	0,0	0	0,0	3	11,5
Decompensatio cordis	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diabetes	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Epilepsie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	1	16,7	0	0,0	1	4,2	1	33,3	2	15,4	0	0,0
Fluxus na partu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gynaecologie / obstetrie / verloskamer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	2	7,7
Hartinfarct / Coronair lijden	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,7
Hartritme stoornissen	0	0,0	1	9,1	2	28,6	2	11,8	2	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,8
Huisongeval	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
In partu	1	10,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,1	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0
Intern algemeen	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,1	0	0,0	0	0,0	1	7,7	2	7,7
Intoxicatie oraal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0
Met couveuse	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mishandeling	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Onwelwording	1	10,0	1	9,1	0	0,0	3	17,6	4	20,0	1	8,3	1	16,7	9	28,1	4	16,7	1	33,3	1	7,7	2	7,7
Overig	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Shock	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,8
Sportongeval	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Straatongeval	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	1	7,7	0	0,0
Trombose / Embolie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Verkeersongeval	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9	2	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,1	0	0,0	0	0,0	2	15,4	2	7,7
Zelfmoordpoging	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Zelfmoordpoging (medicijnen)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
totaal	10	100,0	11	100,0	7	100,0	17	100,0	20	100,0	12	100,0	6	100,0	32	100,0	24	100,0	3	100,0	13	100,0	26	100,0

Tabel B3-2. Overschrijding 25 minuten norm (reistijd p naar zkh) naar aandoening en gemeente (alle ziekenhuizen) (2008) - deel 1

diagnose	Appingedam		Bedum		Bellingwedde		De Marne		Delfzijl		Eemsmond		Groningen		Grootegast		Haren		Hoogezand-Sappemeer		Leek		Loppersum		Marum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acute buik	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ademhalingsmoeilijkheden	0	0,0	2	66,7	3	12,5	5	5,1	1	7,1	3	6,5	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	2	20,0	1	16,7	0	0,0
Agina pectoris	2	28,6	0	0,0	6	25,0	33	33,7	5	35,7	15	32,6	3	13,0	2	50,0	0	0,0	6	31,6	3	30,0	1	16,7	0	0,0
Astma cardiale	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CVA	1	14,3	0	0,0	2	8,3	5	5,1	1	7,1	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0
Decompensatio cordis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diabetes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diabetes - Ontregeld	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Epilepsie	0	0,0	1	33,3	2	8,3	2	2,0	0	0,0	2	4,3	2	8,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fluxus	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fluxus na partu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gynaecologie / obstetrie / verloskamer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hartinfarct / Coronair lijden	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hartritme stoornissen	0	0,0	0	0,0	1	4,2	3	3,1	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Huisongeval	0	0,0	0	0,0	1	4,2	8	8,2	0	0,0	3	6,5	1	4,3	1	25,0	0	0,0	4	21,1	1	10,0	0	0,0	0	0,0
In partu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Intern algemeen	1	14,3	0	0,0	1	4,2	3	3,1	1	7,1	2	4,3	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0
Intoxicatie oraal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Onwelwording	1	14,3	0	0,0	1	4,2	23	23,5	4	28,6	6	13,0	7	30,4	0	0,0	1	33,3	4	21,1	0	0,0	1	16,7	1	100,0
Shock	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sportongeval	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	2	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Straatongeval	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	2	14,3	5	10,9	2	8,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Verkeersongeval	1	14,3	0	0,0	6	25,0	6	6,1	0	0,0	3	6,5	5	21,7	0	0,0	0	0,0	1	5,3	4	40,0	1	16,7	0	0,0
Zelfmoordpoging	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
totaal	7	100,0	3	100,0	24	100,0	98	100,0	14	100,0	46	100,0	23	100,0	4	100,0	3	100,0	19	100,0	10	100,0	6	100,0	1	100,0

(*) leeswijzer: de tijdsoverschrijding >25minuten bij de aandoening ademhalingsmoeilijkheden buik kwam in Bedum in 2008 voor in 2 gevallen; dit was 66,7% van het aantal overschrijdingen in Bedum

Tabel B3-2. Overschrijding 25 minuten norm (reistijd p naar zkh) naar aandoening en gemeente (alle ziekenhuizen) (2008) - deel 2

diagnose	Menterwolde		Pekela		Reiderland		Scheemda		Slochteren		Stadskanaal		Ten Boer		Veendam		Vlagtwedde		Winschoten		Winsum		Zuidhorn	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acute buik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ademhalingsmoeilijkheden	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,3	0	0,0	3	6,3	4	14,8	0	0,0	1	3,4	1	8,3
Agina pectoris	1	14,3	4	21,1	2	100,0	4	100,0	3	25,0	14	38,9	0	0,0	17	35,4	7	25,9	4	57,1	14	48,3	6	50,0
Astma cardiale	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	1	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CVA	0	0,0	2	10,5	0	0,0	0	0,0	1	8,3	3	8,3	0	0,0	4	8,3	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Decompensatio cordis	1	14,3	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,8	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diabetes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diabetes - Ontregeld	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Epilepsie	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	2	16,7	0	0,0	0	0,0	1	2,1	2	7,4	0	0,0	1	3,4	1	8,3
Fluxus	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fluxus na partu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Gynaecologie / obstetrie / verloskamer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hartinfarct / Coronair lijden	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3
Hartritme stoornissen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	25,0	0	0,0	0	0,0	2	4,2	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0
Huisongeval	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,2	3	11,1	0	0,0	2	6,9	0	0,0
In partu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Intern algemeen	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,6	0	0,0	2	4,2	0	0,0	1	14,3	2	6,9	0	0,0
Intoxicatie oraal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Onwelwording	1	14,3	6	31,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	16,7	0	0,0	13	27,1	6	22,2	0	0,0	3	10,3	2	16,7
Shock	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sportongeval	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1	2	7,4	0	0,0	1	3,4	0	0,0
Straatongeval	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0
Verkeersongeval	2	28,6	1	5,3	0	0,0	0	0,0	2	16,7	3	8,3	0	0,0	1	2,1	3	11,1	0	0,0	3	10,3	1	8,3
Zelfmoordpoging	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
totaal	7	100,0	19	100,0	2	100,0	4	100,0	12	100,0	36	100,0	1	100,0	48	100,0	27	100,0	7	100,0	29	100,0	12	100,0

Tabel B3-3. Overschrijding 25 minuten norm (reistijd p naar zkh) naar aandoening en gemeente (perifere ziekenhuizen) (2008) - deel 1

diagnose	Appingedam		Bedum		Bellingwedde		De Marne		Delfzijl		Eemsmond		Groningen		Grootegast		Haren		Hoogezand-Sappemeer		Leek		Loppersum		Marum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
onbekend	2	66,7	0	0,0	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ademhalingsmoeilijkheden	0	0,0	1	100,0	2	28,6	1	50,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Agina pectoris	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	2	50,0	3	37,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Astma cardiale	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CVA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Decompensatio cordis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diabetes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Epilepsie	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fluxus na partu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hartritmestoornissen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Huisongeval	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Onwelwording	1	33,3	0	0,0	1	14,3	0	0,0	1	25,0	2	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0
Sportongeval	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Straatongeval	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Verkeersongeval	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0
totaal	3	100,0	1	100,0	7	100,0	2	100,0	4	100,0	8	100,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0

Tabel B3-3. Overschrijding 25 minuten norm (reistijd p naar zkh) naar aandoening en gemeente (perifere ziekenhuizen) (2008) - deel 2

diagnose	Menterwolde		Pekela		Reiderland		Scheemda		Slochteren		Stadskanaal		Ten Boer		Veendam		Vlagtwedde		Winschoten		Winsum		Zuidhorn	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
onbekend	0	0,0	0	0,0	2	66,7	1	25,0	1	25,0	2	16,7	0	0,0	6	46,2	2	10,5	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Ademhalingsmoeilijkheden	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7	0	0,0	0	0,0	2	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Agina pectoris	1	25,0	0	0,0	1	33,3	3	75,0	1	25,0	3	25,0	0	0,0	3	23,1	3	15,8	2	50,0	0	0,0	0	0,0
Astma cardiale	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CVA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Decompensatio cordis	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diabetes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Epilepsie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,5	0	0,0	1	50,0	0	0,0
Fluxus na partu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Hartritmestoornissen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0
Huisongeval	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,7	1	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Onwelwording	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	1	7,7	5	26,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sportongeval	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Straatongeval	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Verkeersongeval	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	50,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	2	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
totaal	4	100,0	1	100,0	3	100,0	4	100,0	4	100,0	12	100,0	0	0,0	13	100,0	19	100,0	4	100,0	2	100,0	0	0,0

Tabel B3-4. Overschrijding 40-minuten norm naar aandoening en gemeente voor alle ziekenhuizen (2008) - deel 1

	Appingedam		Bedum		Bellingwedde		De Marne		Delfzijl		Eemsmond		Groningen		Grootegast		Haren		Hoogezand-Sappemeer		Leek		Loppersum		Marum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acute buik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ademhalingsmoeilijkheden	0	0,0	2(*)	100,0	3	18,8	1	1,9	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0
Agina pectoris	0	0,0	0	0,0	7	43,8	18	34,0	2	28,6	6	33,3	2	20,0	3	42,9	1	33,3	7	63,6	4	40,0	2	40,0	0	0,0
Astma cardiale	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CVA	0	0,0	0	0,0	1	6,3	1	1,9	1	14,3	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Decompensatio cordis	0	0,0	0	0,0	1	6,3	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diabetes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diabetes - Ontregeld	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Epilepsie	0	0,0	0	0,0	1	6,3	2	3,8	0	0,0	1	5,6	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fluxus na partu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gynaecologie / obstetrie / verloskamer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hartinfarct / Coronair lijden	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,8	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hartritme stoornissen	0	0,0	0	0,0	1	6,3	2	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	1	20,0	0	0,0
Huisongeval	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,7	0	0,0	2	11,1	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
In partu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Intern algemeen	0	0,0	0	0,0	1	6,3	2	3,8	0	0,0	1	5,6	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Met couveuse	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Onwelwording	1	100,0	0	0,0	0	0,0	11	20,8	3	42,9	2	11,1	3	30,0	1	14,3	1	33,3	2	18,2	1	10,0	0	0,0	0	0,0
Sportongeval	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,9	0	0,0	1	5,6	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Straatongeval	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Verkeersongeval	0	0,0	0	0,0	1	6,3	6	11,3	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	50,0	1	20,0	0	0,0
Zelfmoordpoging	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
totaal	1	100,0	2	100,0	16	100,0	53	100,0	7	100,0	18	100,0	10	100,0	7	100,0	3	100,0	11	100,0	10	100,0	5	100,0	0	0,0

(*) leeswijzer: de tijdsoverschrijding bij de aandoening ademhalingsmoeilijkheden kwam in Bedum in 2008 voor in 2 gevallen; dit was 100% van het aantal overschrijdingen

Tabel B3-4. Overschrijding 40-minuten norm naar aandoening en gemeente voor alle ziekenhuizen (2008) - deel 2

diagnose	Menterwolde		Pekela		Reiderland		Scheemda		Slochteren		Stadskanaal		Ten Boer		Veendam		Vlagtwedde		Winschoten		Winsum		Zuidhorn	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acute buik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3
Ademhalingsmoeilijkheden	0	0,0	1	8,3	1	50,0	0	0,0	0	0,0	3	25,0	0	0,0	2	8,7	5	19,2	0	0,0	0	0,0	1	14,3
Agina pectoris	0	0,0	3	25,0	1	50,0	2	50,0	2	33,3	5	41,7	0	0,0	8	34,8	7	26,9	1	33,3	6	35,3	2	28,6
Astma cardiale	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CVA	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	8,3	0	0,0	2	8,7	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0
Decompensatio cordis	1	33,3	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diabetes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diabetes - Ontregeld	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Epilepsie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,7	0	0,0	2	11,8	0	0,0
Fluxus na partu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0
Gynaecologie / obstetrie / verloskamer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hartinfarct / Coronair lijden	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	28,6
Hartritmestörungen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0
Huisongeval	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	11,5	0	0,0	1	5,9	0	0,0
In partu	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0
Intern algemeen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0
Met couveuse	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Onwelwording	0	0,0	3	25,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	2	16,7	0	0,0	7	30,4	4	15,4	0	0,0	2	11,8	1	14,3
Sportongeval	1	33,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Straatongeval	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0
Verkeersongeval	1	33,3	1	8,3	0	0,0	1	25,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	2	8,7	3	11,5	0	0,0	2	11,8	0	0,0
Zelfmoordpoging	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
totaal	3	100,0	12	100,0	2	100,0	4	100,0	6	100,0	12	100,0	1	100,0	23	100,0	26	100,0	3	100,0	17	100,0	7	100,0

Tabel B3-5. Overschrijding 45-minuten norm (totale tijd incl tijd bij p) naar aandoening en gemeente (2008) - deel 1

diagnose	Appingedam		Bedum		Bellingwedde		De Marne		Delfzijl		Eemsmond		Groningen		Grootegast		Haren		Hoogezand-Sappemeer		Leek		Loppersum		Marum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acute buik	1	1,9	0	0,0	3	3,1	1	0,8	0	0,0	3	1,8	3	0,8	1	1,4	0	0,0	5	1,5	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Ademhalingsmoeilijkheden	5	9,6	5	6,5	7	7,2	6	4,8	11	8,3	12	7,3	22	5,6	3	4,2	4	6,0	24	7,3	16	13,0	8	9,8	4	12,1
Agina pectoris	12	23,1	28	36,4	31	32,0	44	35,2	58	43,9	58	35,4	135	34,1	29	40,3	25	37,3	153	46,5	49	39,8	24	29,3	9	27,3
Astma cardiale	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,4	1	0,3	0	0,0	2	3,0	1	0,3	2	1,6	0	0,0	0	0,0
Bedrijfsongeval	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	1	1,5	4	1,2	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Comateus	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CVA	5	9,6	3	3,9	7	7,2	8	6,4	16	12,1	6	3,7	14	3,5	3	4,2	1	1,5	15	4,6	0	0,0	4	4,9	5	15,2
Decompensatio cordis	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	0,8	0	0,0	2	1,2	3	0,8	1	1,4	0	0,0	9	2,7	0	0,0	3	3,7	0	0,0
Diabetes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	3	0,8	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diabetes - Hypo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diabetes - Ontregeld	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Drenkeling	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Epilepsie	1	1,9	8	10,4	6	6,2	6	4,8	4	3,0	7	4,3	8	2,0	3	4,2	1	1,5	2	0,6	3	2,4	5	6,1	0	0,0
Fluxus	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fluxus na partu	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Gynaecologie / obstetrie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,6	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	1,5	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Hartinfarct / Coronair lijden	0	0,0	0	0,0	1	1,0	2	1,6	1	0,8	4	2,4	5	1,3	1	1,4	1	1,5	1	0,3	2	1,6	0	0,0	1	3,0
Hartritme stoornissen	3	5,8	5	6,5	2	2,1	4	3,2	4	3,0	8	4,9	15	3,8	3	4,2	4	6,0	15	4,6	1	0,8	3	3,7	0	0,0
Huisongeval	2	3,8	2	2,6	7	7,2	8	6,4	2	1,5	5	3,0	19	4,8	3	4,2	7	10,4	15	4,6	3	2,4	5	6,1	1	3,0
In partu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Intern algemeen	2	3,8	0	0,0	3	3,1	2	1,6	3	2,3	6	3,7	7	1,8	2	2,8	2	3,0	10	3,0	2	1,6	2	2,4	0	0,0
Intoxicatie oraal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Met couveuse	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,8	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Mishandeling	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Neurologie / neurochirurgie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Onwelwording	14	26,9	11	14,3	16	16,5	26	20,8	26	19,7	26	15,9	97	24,5	10	13,9	15	22,4	51	15,5	13	10,6	14	17,1	7	21,2
Overig	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	3,0
Shock	1	1,9	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sportongeval	0	0,0	1	1,3	2	2,1	1	0,8	1	0,8	3	1,8	2	0,5	2	2,8	0	0,0	4	1,2	2	1,6	0	0,0	2	6,1
Straatongeval	2	3,8	1	1,3	0	0,0	1	0,8	2	1,5	9	5,5	8	2,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	2	1,6	3	3,7	0	0,0
Terminale patiënt	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Trombose / Embolie	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Verkeersongeval	4	7,7	9	11,7	10	10,3	10	8,0	4	3,0	7	4,3	41	10,4	6	8,3	3	4,5	17	5,2	22	17,9	9	11,0	3	9,1
Vermoedelijk overleden	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Zelfmoordpoging	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0
Zelfmoordpoging (medicijnen)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
totaal	52	100	77	100	97	100	125	100	132	100	164	100	396	100	72	100	67	100	329	100	123	100	82	100	33	100

(*) leeswijzer: de tijdoverschrijding >45minuten bij de aandoening acute buik kwam in Appingedam in 2008 voor in één geval; dit was 1,9% van het aantal overschrijdingen in Appingedam

Tabel B3-5. Overschrijding 45-minuten norm (totale tijd incl tijd bij p) naar aandoening en gemeente (2008) – deel 2

diagnose	Menterwolde		Pekela		Reiderland		Scheemda		Slochteren		Stadskanaal		Ten Boer		Veendam		Vlagtwedde		Winschoten		Winsum		Zuidhorn	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acute buik	2	2,5	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0	1	2,2	2	0,8	1	0,7	0	0,0	0	0,0	3	2,8
Ademhalingsmoeilijkheden	4	4,9	6	5,9	6	12,2	6	7,2	5	4,3	16	11,2	1	2,2	22	9,0	16	11,5	3	7,1	6	6,5	7	6,5
Agina pectoris	33	40,7	39	38,2	25	51,0	36	43,4	34	29,1	46	32,2	23	50,0	99	40,4	55	39,6	19	45,2	33	35,9	40	37,4
Astma cardiale	0	0,0	1	1,0	1	2,0	1	1,2	2	1,7	1	0,7	0	0,0	3	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,9
Bedrijfsongeval	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,7	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Comateus	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CVA	4	4,9	8	7,8	2	4,1	9	10,8	7	6,0	8	5,6	3	6,5	14	5,7	8	5,8	7	16,7	4	4,3	9	8,4
Decompensatio cordis	1	1,2	2	2,0	1	2,0	1	1,2	0	0,0	4	2,8	0	0,0	3	1,2	3	2,2	0	0,0	0	0,0	2	1,9
Diabetes	0	0,0	0	0,0	2	4,1	0	0,0	0	0,0	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0
Diabetes – Hypo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diabetes – Ontregeld	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Drenkeling	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Epilepsie	3	3,7	6	5,9	0	0,0	1	1,2	4	3,4	6	4,2	0	0,0	5	2,0	6	4,3	1	2,4	2	2,2	2	1,9
Fluxus	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fluxus na partu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0
Gynaecologie / obstetrie / verloskamer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	0,9
Hartinfarct / Coronair lijden	2	2,5	3	2,9	1	2,0	0	0,0	2	1,7	4	2,8	0	0,0	3	1,2	1	0,7	0	0,0	1	1,1	7	6,5
Hartritme stoornissen	0	0,0	1	1,0	3	6,1	3	3,6	8	6,8	1	0,7	1	2,2	7	2,9	1	0,7	1	2,4	3	3,3	2	1,9
Huisongeval	4	4,9	6	5,9	0	0,0	1	1,2	6	5,1	2	1,4	1	2,2	8	3,3	7	5,0	0	0,0	5	5,4	3	2,8
In partu	1	1,2	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,2	0	0,0
Intern algemeen	1	1,2	1	1,0	1	2,0	2	2,4	2	1,7	3	2,1	1	2,2	5	2,0	4	2,9	2	4,8	3	3,3	4	3,7
Intoxicatie oraal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Met couveuse	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mishandeling	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Neurologie / neurochirurgie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Onwelwording	12	14,8	18	17,6	5	10,2	11	13,3	16	13,7	30	21,0	8	17,4	45	18,4	24	17,3	3	7,1	18	19,6	16	15,0
Overig	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Shock	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9
Sportongeval	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,3	2	1,4	1	2,2	2	0,8	4	2,9	1	2,4	2	2,2	0	0,0
Straatongeval	0	0,0	2	2,0	0	0,0	2	2,4	1	0,9	1	0,7	0	0,0	6	2,4	0	0,0	0	0,0	3	3,3	2	1,9
Terminale patiënt	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Trombose / Embolie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Verkeersongeval	12	14,8	8	7,8	2	4,1	8	9,6	21	17,9	10	7,0	2	4,3	18	7,3	8	5,8	3	7,1	7	7,6	6	5,6
Vermoedelijk overleden	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Zelfmoordpoging	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Zelfmoordpoging (medicijnen)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
totaal	81	100	102	100	49	100	83	100	117	100	143	100	46	100	245	100	139	100	42	100	92	100	107	100

Geraadpleegde literatuur en (internet) bronnen

Ambulance A1 spoedritten: wat is de relatie tussen responstijd en gezondheidswinst?
Acute Zorgregio Oost, juli 2008.

College Tarieven Gezondheidszorg; beleidsregel CI-895 beschikbaarheidstoelage.

Gezondheidsprofiel Groningen 2006 bijlage tabellen & grafieken. Groningen: GGD Groningen, 2006.

Informatie beschikbaarheidstoelage voor ziekenhuizen AO ziekenhuiszorg, kamerstuk 17 maart 2008. Den Haag: Ministerie VWS.

Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg, achtergrondnotitie 27 juni 2008. Den Haag: Ministerie VWS.

Kiezen voor de eerste lijn, ook bij spoed. Utrecht: VHN, LHV, NHG, 2008.

Met spoed! Advies over verbetering van de regulering van acute zorg, Nederlandse ZorgAutoriteit, 2008.

RIVM analyse gevoelige ziekenhuizen 2008, kamerstuk 1 juli 2008. Den Haag: Ministerie van VWS

RIVM, Referentiekader spreiding en beschikbaarheid Ambulancezorg. Bilthoven: RIVM, 2008.

Schaal en zorg, advies uitgebracht door de Raad van de Volksgezondheid aan de minister van VWS. Den Haag: RVZ, 2008